

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen
Direktor: Professor Dr. Dr. H.-E. Richter

Einstellungen Gießener Klinikärzte und
Medizinstudenten zur Bedeutung des psychischen
und sozialen Umfeldes für den Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Bereichs Humanmedizin
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Rolf-Werner Lippmann
aus Essen

Klaus Möhlen
aus Düsseldorf

Gießen 1972

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen
Direktor: Professor Dr. Dr. H.-E. Richter

Einstellungen Gießener Klinikärzte und Medizinstudenten zur Bedeutung des psychischen und sozialen Umfeldes für den Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Bereichs Humanmedizin
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Rolf-Werner Lippmann
aus Essen

Klaus Möhlen
aus Düsseldorf

Gießen 1972



Dekan: Prof.Dr. Hj. Staudinger

Referent: Prof.Dr.Dr. H.E. Richter

Correferent: Prof.Dr. J. Dudeck

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Vorwort	1
1. Einleitung	1
2. Methoden	6
2.1 Fragebogen	6
2.2 Stichprobe und Erhebung bei den Studenten	7
2.3 Stichprobe und Erhebung bei den Ärzten	8
2.4 Auswertung	10
2.41 Faktorenanalyse	10
2.42 Einzelitemvergleich - Varianzanalyse	10
3. Ergebnisse	12
3.1 Vergleich: vorklinische Studenten- klinische Studenten - Ärzte	12
3.2 Facharztvergleich: Internisten - Chirurgen - Psychiater/Neurologen	21
4. Diskussion	30
4.1 Vergleich: vorklinische Studenten - klinische Studenten - Ärzte	30
4.11 Interpretation der Ergebnisse	30
4.12 Aspekte zur medizinischen Aus- bildung	33
4.2 Facharztvergleich: Internisten - Chirurgen - Psychiater/Neurologen	35
5. Zusammenfassung	37
Literatur	38
Anhang	40

VORWORT

Die vorliegende Arbeit entstand in der Psychosomatischen Klinik Gießen. Die Bearbeitung der Thematik wurde durch Herrn Prof. Dr.Dr. H.-E. Richter angeregt. Wir danken ihm für seine Hilfe und Beratung bei Durchführung der Arbeit. Ganz besonders möchten wir Herrn Prof. Dr.D. Beckmann, Herrn Dipl.-Psych. J.W.Scheer und Herrn Dipl.-Psych. H.Zenz für ihre Unterstützung in allen Einzelfragen der Arbeit danken.

Die Untersuchung bei den Medizinstudenten wurde von Rolf-Werner Lippmann, die bei den Ärzten von Klaus Möhlen durchgeführt.

Gießen, im August 1972

1. EINLEITUNG

Für Krankheit und Krankheitsverhalten sind psychische und soziale Faktoren von großer Bedeutung. Diese Tatsache ist gerade in den letzten Jahren von vielen Autoren beschrieben und belegt worden. Alexander Mitscherlich schreibt 1960: "Es ist aus vielen Beobachtungen bekannt, daß gegenwärtig mindestens 50% der Patienten, die einen praktischen Arzt aufsuchen, unter Beschwerden leiden, an deren Zustandekommen seelische Konflikte eine maßgebende, oft die ausschlaggebende Rolle spielen. Es ist weiterhin bekannt, daß unsere medizinische Ausbildung den Arzt nicht auf die Behandlung dieser weitaus größten Krankheitsgruppe der psychosomatischen Erkrankungen vorbereitet."¹⁾ Auf die enorme Bedeutung sozialer Faktoren für eine Krankheit weist Helmut Sopp hin: "Die soziale Umwelt des Menschen muß als einer der wichtigsten Faktoren in der Krankheitsursachenlehre berücksichtigt werden..... Man wird krank, wenn man aus soziologischen Gründen einer Krankheit bedürftig ist."²⁾

Auch Krankheiten, die oft als rein organisch angesehen werden, haben nicht selten eine starke psychische Komponente. Arthur Jores: "Schließlich konnte ich selbst durch Untersuchungen über den sogenannten Pensionierungstod den Nachweis erbringen, daß selbst die Entwicklung solcher, meistens als rein organisch angesehenen Erkrankungen, an denen der Mensch stirbt, wie etwa die Kreislaufschwäche oder gar das Krebsleiden, von psychologischen Faktoren abhängig sein muß."³⁾

Vor dem Hintergrund dieser Tatsachen erscheint es wichtig, welche Bedeutung der Arzt diesen psychischen und sozialen Faktoren beimißt und wie sich dies in seinem therapeutischen Verhalten niederschlägt. Darüberhinaus ist es bedeutungsvoll, in welchem Ausmaß die medizinische Ausbildung dem genannten Sachverhalt Rechnung trägt.

Helmut Schelsky weist schon 1958 darauf hin, daß es notwendig ist, die Struktur der Krankenversorgung und der Arzt-Patient-Beziehung zu erforschen, um Hinweise für notwendige Umgestaltungen in diesen Bereichen zu erhalten: "Die Idee des Arztes, ... , ist der komplizierten modernen Sozialstruktur gegenüber nicht einfach in Form eines bewahrten Leitbildes zu besitzen, sie ist in den neuen sozialen Wirklichkeiten immer neu zu finden und zu gestalten. Deren soziologisch konkrete Analyse ist eins der Hilfsmittel dazu unter anderen."⁴⁾

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag leisten zur Erforschung des genannten Problemkreises. Im speziellen beschäftigt sie sich mit der Einstellung Gießener Medizinstudenten und Gießener Klinikärzte zur Bedeutung des psychischen und sozialen Umfeldes für den Patienten. Zum einen wird die Einstellungsänderung im Laufe der medizinischen Ausbildung untersucht, zum anderen die Einstellungsunterschiede verschiedener Facharztbereiche. Unter dem Begriff Einstellung (attitude) soll verstanden werden eine "andauernde, gelernte Prädisposition, sich gegenüber einer Klasse von Objekten in konsequenter Weise zu verhalten; eine ständige geistige Bereitschaft, auf ein gewisses Objekt oder eine Klasse von Objekten zu reagieren, doch nicht gemäß ihrer Realität, sondern gemäß ihrer Einbildung. Es gelingt, durch die Folgerichtigkeit der Antwort gegenüber einer Klasse von Objekten die Einstellung zu identifizieren. Die Reaktionsbereitschaft hat eine richtungsweisende Wirkung auf das objektbezogene Fühlen und Handeln."⁵⁾

Zu den Problemen der medizinischen Ausbildung, insbesondere zum Einstellungswandel der Mediziner im Laufe ihres Studiums sind vor allem in den USA eine Reihe von Arbeiten erschienen: unter anderem von Eron ^{6),7)}; Merton, Bloom, Rogoff ⁸⁾; Bruhn, Parsons ⁹⁾; Brandender, Leon ¹⁰⁾. Der Tenor der Arbeiten ist durchweg einheitlich:

man findet, daß die am Patienten orientierte menschliche, fürsorgliche Haltung des Mediziners im Laufe des Studiums abnimmt zugunsten einer eher unbekümmerten, zynischen Einstellung. Von ähnlichen Ergebnissen berichten Beckmann, Moeller, Richter, Scheer im Rahmen einer Untersuchung über Studenten und ihr Selbstbild: "Der durchschnittliche zum Medizinstudium entschlossene Abiturient glaubt noch, daß er sich eher häufig Sorgen um andere Menschen mache. Darin übertrifft er die anderen Abiturienten so deutlich, daß man annehmen kann, daß der Wunsch, anderen Menschen helfen zu wollen, tatsächlich zu den wesentlichen Motiven für den Entschluß zum Arztberuf gehören dürfte. Aber während des Medizinstudiums verschwinden diese fürsorglichen Empfindungen mehr und mehr, und am Ende stellt sich der Mediziner als jemand dar, der sich so selten wie niemand sonst unter den Studentengruppen sorgenvolle Gedanken um andere Menschen macht. Er zeichnet von sich eher das Bild eines selbstbezogenen, dabei weitgehend unbekümmerten Menschen." 11)

Die vorliegende Arbeit will sowohl bei Medizinstudenten als auch bei Ärzten untersuchen, welche Bedeutung dem psychischen und sozialen Umfeld des Patienten zugemessen wird. Die bereits vorliegenden Untersuchungen (vor allem bei Studenten) und die zitierte Literatur lassen erwarten, daß sich im Laufe des Studiums beim Mediziner ein Einstellungswandel ergibt, und zwar derart, daß der klinische Student im höheren Semester nur noch wenig Interesse und Aufgeschlossenheit für alle psychischen und sozialen Fragen zeigt. Darüberhinaus kann erwartet werden, daß die zur Zeit tätige Ärztegeneration psychischen und sozialen Problemen ihrer Patienten auch nur geringe Bedeutung beimißt und ihre ärztliche Tätigkeit kaum davon beeinflußt wird. Dies kann angenommen werden, weil die jetzigen Ärzte die in den zurückliegenden Untersuchungen zitierten klinischen Studenten sind. Im Übrigen ist allenthalben von Zeit-

mangel und Arbeitsüberlastung der Ärzte die Rede. Da die Beschäftigung mit psychosozialen Fragen jedoch Zeit und Arbeitsaufwand erfordert, ist kaum zu erwarten, daß diese Gesichtspunkte in der ärztlichen Tätigkeit besondere Berücksichtigung finden.

Folgende Hypothesen liegen daher der Arbeit zugrunde:

- I) Der vorklinische Student zeigt besonderes Interesse für alle psychischen und sozialen Faktoren innerhalb des Krankheitsgeschehens und ist in dieser Hinsicht besonders um den Patienten und dessen Belange bemüht.
- II) Der klinische Student kurz vor Studienabschluß mißt dem psychischen und sozialen Umfeld des Patienten kaum noch Bedeutung zu und ist in dieser Beziehung nicht engagiert.
- III) Der Kliniksarzt hält psychische und soziale Faktoren für Krankheitsverlauf und Rehabilitation für wenig bedeutsam und berücksichtigt sie kaum in seiner ärztlichen Tätigkeit.

Die Einstellung des "Kliniksarztes" setzt sich zusammen aus den Einstellungen verschiedener Facharztgruppen. Da die verschiedenen Fächer sehr unterschiedliche Tätigkeitsfelder haben, muß angenommen werden, daß die verschiedenen Fachärzte unterschiedliche Einstellungen haben. Diese Annahme soll durch die Untersuchung zusätzlich belegt werden.

2. METHODEN

2.1 Fragebogen

Für die Untersuchung wurden zwei Fragebögen entworfen, die die Einstellung von Medizinstudenten und Ärzten zu bestimmten Therapieformen und zur Bedeutung von Umweltfaktoren für den Krankheitsprozeß erfassen.

Der Fragebogen für Studenten besteht aus drei Teilen:

- 1) 45 Items zur Erfassung der Einstellung der Studenten
- 2) Personalbogen mit sechs Fragen
- 3) Fragen zur Erfassung der Einstellung zur Universität

(Universitätsfragebogen der Psychosomatischen Klinik Gießen)

Der Fragebogen für Ärzte besteht aus zwei Teilen:

- 1) 57 Items zur Erfassung der Einstellung der Ärzte
- 2) Personalbogen mit acht Fragen

Beide Fragebögen sind dem Anhang zu entnehmen.

38 Items des Einstellungsteiles beider Bögen sind bei Ärzten und Studenten identisch. Den Studenten sind noch sechs zusätzliche Fragen (Nr.: 8,13,18,25,33,40) zum Thema Ausbildung gestellt worden; die Frage 41 wurde als "offene" formuliert. Den Ärzten sind zusätzlich 18 Fragen zu ihrer realen Situation in der Klinik und zu ihrem tatsächlichen Verhalten gestellt worden.

Für den Fragebogen wurden aus dem Bereich des psychischen und sozialen Umfeldes des Patienten die folgenden Themenbereiche ausgewählt:

- Kindheit
- Sexualität
- Familie
- Arbeitsplatz
- Krankheit
- Alter

Für die Erstellung eines Fragenpools wurde ein zweidimensionales Schema entwickelt, bei dem in der einen Richtung die oben genannten Themen als Dimensionen des Patienten eingetragen wurden, in der anderen die Dimensionen des Arztes (Studenten). Die folgenden Bereiche wurden ausgewählt:

- Rehabilitation, Krankheitsverlauf, Pathogenese
- Diagnostik
- Therapie
- Empfinden des Arztes (Studenten) zu
- ärztliche (studentische) Meinung zum
Empfinden des Patienten

Das Schema kann dem Anhang entnommen werden.

Eine dem Fragebogen vorangestellte Einleitung sollte

- den Befragten mit der Thematik der Erhebung bekannt machen.
- den Befragten besonders auf den Unterschied zwischen Realitäts-fragen und Fragen, sie sich auf wünschenswerte Situationen und Zustände beziehen, hinweisen.
- dem Befragten kurz das Schema der Anordnung und die Bedeutung der Skala für seine Entscheidung erklären.

2.2 Stichprobe und Erhebung bei den Studenten

Der Fragebogen wurde zwei Gruppen von Studenten der Medizinischen Fakultät Gießen vorgelegt:

- 1) Vorklinische Studenten, Teilnehmer des histologisch-anatomischen Kurses I (1. bis 3. Semester)
- 2) Klinische Studenten, Teilnehmer des Rezeptierkurses (9. bis 11. Semester).

Diese beiden Kurse wurden ausgewählt, weil sie Pflichtvorlesungen sind und ihre Teilnehmer durch das Vorlesungsverzeichnis definierte Gruppen darstellen. So wurden Einstellungen von auf der

einen Seite sehr jungen Medizinstudenten - ihrem Ausbildungsstand nach eher Naturwissenschaftler - auf der anderen Seite von Studenten, die schon bald ärztlich tätig sein werden, erfaßt.

Bei der Erhebung im histologisch-anatomischen Kurs I am 1.7.1970 von 16.30 - 17.00 Uhr, waren von 129 eingeschriebenen Teilnehmern 125 (97%) anwesend. In einer kurzen persönlichen Einführung wurde darauf hingewiesen, daß die Befragung im Rahmen der eigenen Dissertation durchgeführt werde. Es wurden 125 Fragebögen ausgefüllt; sie waren alle auswertbar.

Die Erhebung im Rezeptierkurs wurde am 9.7.1970 von 10.00 - 10.25 Uhr, im Anschluß an die Vorlesung durchgeführt. Von 89 eingeschriebenen Teilnehmern waren 69 (77,5%) anwesend. Auch hier erfolgte eine kurze persönliche Einweisung; auf die eigene Dissertation wurde hingewiesen. 66 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgegeben, hiervon konnten 5 wegen fehlerhafter Angaben nicht verwendet werden. Zur Auswertung gelangten 61 Bögen (68,6%).

2.2 Stichprobe und Erhebung bei den Ärzten

Aus der gesamten Ärzteschaft der Universitätskliniken Gießen wurde eine repräsentative Stichprobe erhoben. Ausgenommen war die Psychosomatische Klinik, weil das Erhebungsmaterial bereits einer Reihe von Ärzten bekannt war bzw. mit deren Hilfe erstellt wurde (siehe Vorwort). Aus erhebungstechnischen Gründen und wegen der Art des Stichprobenauswahlverfahrens, wurde auf die Befragung der Kliniksdirektoren verzichtet.

Für die Stichprobe wurde das Prinzip der Wahrscheinlichkeitsauswahl, hier der Karteiauswahl, gewählt¹²⁾. Wegen der verhältnismäßig kleinen Population von ca. 300 Ärzten erschien dieses Aus-

wahlverfahren zur Vermeidung von Erhebungsfehlern durch die Stichprobenentnahme am geeignetsten. Die Stichprobe wurde der Aufstellung aller Ärzte und Medizinalpraktikanten bei der Verwaltung der Universitätskliniken entnommen. Die Liste führt die einzelnen Fachbereiche und die Medizinalpraktikanten getrennt auf. Jeder dritte Arzt bzw. Medizinalpraktikant wurde in die Stichprobe übernommen. Auf diese Weise ergab sich eine Stichprobengröße von 95 Ärzten; 85 davon waren Assistenzarzt, Oberarzt oder Professor und 10 Medizinalpraktikant. Die genaue Zusammensetzung kann dem Anhang entnommen werden.

Die Fragebögen wurden in der Zeit vom 4.8.1970 bis zum 15.9.1970 ausgegeben. Der Rücklauf endete am 30.9.1970. Jeder der 95 Ärzte wurde an seinem Arbeitsplatz aufgesucht. 2 Ärzte waren in der oben genannten Zeit wegen Krankheit bzw. Urlaub auch bei einem dritten Versuch nicht erreichbar. Den übrigen 93 Personen (97,9%) wurde der Erhebungsbogen mit wenigen Ausnahmen persönlich übergeben. Über die Hälfte der Ärzte mußte ein zweites oder drittes Mal aufgesucht werden, weil sie gerade nicht erreichbar waren. In sehr vielen Fällen ergab sich die Gelegenheit zu einem kurzen persönlichen Gespräch. In diesem Gespräch wurde Zweck und Ziel der Umfrage kurz erläutert und der Modus des Ankreuzens erklärt. Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, daß es sich um die eigene Dissertation handele und man durch das Ausfüllen einen persönlichen Dienst erweise. Die gute Rücklaufquote (81%) ist sicher auch auf diese zusätzliche Motivation durch den persönlichen Kontakt zurückzuführen. Die Umfrage bzw. der Rücklauf erfolgte anonym. Von den 93 Bögen (97,9%) kamen bis zum 30.9.1970, 77 (81%) zurück. Wegen fehlerhafter Angaben mußten 4 Bögen aussortiert werden. Zur Auswertung gelangten 73 Bögen (74,2%).

2.4 Auswertung

2.41 Faktorenanalyse

Zur Auswertung des Materials wurden zunächst Faktorenanalysen getrennt nach vorklinischen Studenten, klinischen Studenten und Ärzten durchgeführt.

Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, "das eine an Untersuchungsobjekten beobachtete größere Anzahl abhängiger Merkmale auf eine kleinere Anzahl unabhängiger, echter Einflußgrößen ("Faktoren") zurückführt, wobei diejenigen Merkmale, die untereinander stark korreliert sind, zusammengefaßt werden." ¹³⁾ Die Faktorenanalysen wurden nach der Hauptachsenmethode (Programm: P.Schnell) gerechnet. Es wurden jeweils 8 Faktoren extrahiert; sie sind dem Anhang zu entnehmen.

Die Faktorenanalysen ergaben, daß eine Zusammenfassung der Items zu Gruppen nicht sinnvoll ist, da die einzelnen Items sehr unterschiedliche und zum größten Teil voneinander unabhängige Dimensionen erfassen (vgl. 2.43). Eine Auswertung auf dem Niveau der Einzelitems wurde deshalb vorgezogen.

2.42 Einzelitemvergleich - Varianzanalyse

Im nächsten Schritt wurden die Einstellungen über die Auswertung einzelner Items untersucht. Die Mittelwerte pro Gruppe wurden mit Hilfe der Varianzanalyse verglichen. Sie ist ein statistisches Verfahren, das dazu dient, Unterschiede zwischen Gruppen von zumindest annähernd normal verteilten, homogenvarianten Daten hinsichtlich ihrer Mittelwerte zu untersuchen. Rechnerisch werden bei der Varianzanalyse mehrere unabhängige Schätzungen der Populationsvarianz durchgeführt, die bei Zutreffen der Nullhypothese

(kein Unterschied zwischen den Gruppen) gleiche Werte geben müssen. Zur Signifikanzprüfung des Unterschiedes der Varianzen dient der F-Test. Er zeigt, mit wie großer Wahrscheinlichkeit sich die unterschiedlichen Varianzschätzungen (bei Zutreffen der Nullhypothese) zufällig ergeben haben könnten, und ermöglicht eine Entscheidung, ob die Unterschiede zwischen den Gruppen als signifikant zu betrachten sind.

Folgende Mittelwertsvergleiche (F-Tests) wurden durchgeführt:

- Mittelwertsvergleiche der 38 identischen Items von vorklinischen Studenten, klinischen Studenten und Ärzten. (Zuordnungsskala der identischen Items im Anhang)
- Mittelwertsvergleiche der Items -1-55- des Ärztefragebogens für Chirurgen, Internisten und Psychiater/Neurologen. Die Stichprobengröße der Internisten betrug 13, die der Psychiater/Neurologen 10. Zu den 13 Chirurgen zählten Ärzte aus den Fachrichtungen: Allgemeine Chirurgie, Neurochirurgie, Urologie und Orthopädie.

Andere Fächer wurden nicht mit einbezogen, weil die Stichprobengrößen zu klein waren.

Mittelwerte, Varianzen und Ergebnisse der F-Tests finden sich im Anhang.

3. ERGEBNISSE

3.1 Vergleich: vorklinische Studenten - klinische Studenten - Ärzte

Im Mittelwertsvergleich von vorklinischen Studenten, klinischen Studenten und Ärzten ergeben sich signifikante Unterschiede bei 17 Items. Besonders bemerkenswert erscheint, daß eine Gruppe von Items prägnante, eine andere keine gesicherten Unterschiede aufweist. Die Ergebnisse von 12 Itemvergleichen sind auf dem 0,1%-Niveau gesichert (hochsignifikant).

Beim Durchsehen der Aufstellung fällt auf, daß vor allem bei Fragen aus drei Themenkreisen unterschiedliche Meinungen vorliegen:

- Kindheit (1, 28, 43)*
- Sexualität (2, 9, 14, 30)
- soziales Umfeld des Patienten (12, 23, 29, 32, 39)

Fünf weitere Items stehen in keinem direkten Zusammenhang. Sie stammen aus dem Bereich: Krankheit - Krankenversorgung.

Im folgenden werden die Themenkreise getrennt dargestellt. Die zugehörigen Items schließen sich mit einer graphischen Darstellung der Mittelwerte im Text an.

Kindheit

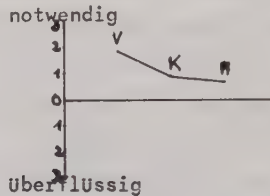
Fragen nach Kindheitserlebnissen des Patienten (1, 43) halten die Studenten, vornehmlich die Vorkliniker, für notwendiger als die Ärzte. Beim praktischen Handeln - etwa Eltern eines kindlichen Patienten Erziehungsratschläge zu geben (28) - wird der Meinungsunterschied besonders durch die klinischen Studenten bedingt. Sie sind weniger als die anderen beiden Gruppen bereit, sich hier zu engagieren. Der Arzt scheint, gemessen an den beiden Studentengruppen

*Numerierung entspricht der im Studentenfragebogen

pen, Kindheitserlebnissen wenig Bedeutung zuzubilligen. Erziehungs-
ratschläge zu erteilen, hält er jedoch für genauso normal wie der
Vorkliniker.

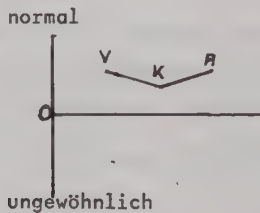
- 1.*Ich glaube, daß Fragen an den Patienten nach seinen Kindheits-
erlebnissen eher notwendig... eher Überflüssig sind.

($F = 13,94$; $p < 0,001$)



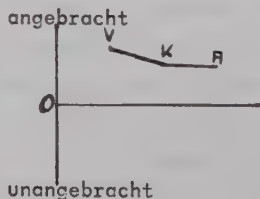
28. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher normal... eher unge-
wöhnlich ist, den Eltern seines kindlichen Patienten auch
Erziehungsratschläge zu geben.

($F = 3,38$; $p < 0,05$)



43. Fragen an den Patienten nach Schwierigkeiten in seiner Kind-
heit halte ich eher für angebracht... eher für unangebracht.

($F = 3,83$; $p < 0,05$)



* Zur Graphik: V= vorkl.Stud., K= klin.Stud., A= Arzt

Sexualität

Alle vier Fragen aus dem Bereich der Sexualität zeigen signifikante Meinungsunterschiede. Die extreme Position nehmen auch hier wieder die Vorkliniker ein. Die Bedeutung sexueller Probleme erscheint ihnen äußerst wichtig. Bei Erhebung der Anamnese sollte ihrer Meinung nach der Arzt möglichst immer danach fragen (30); außerdem glauben sie, daß eher viele Patienten eine ärztliche Beratung in sexueller Hinsicht nötig haben (14).

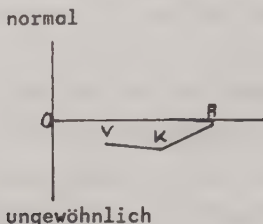
Die klinischen Studenten nehmen in beiden Fällen eine weniger entschiedene Haltung ein. Die Ärzte tendieren jeweils zur Gegenseite. Von der weniger theoretischen, praxisnahen Orientierung her scheinen sie Fragen der Sexualität im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen für weniger wichtig zu halten.

Item 9 fragt nach den persönlichen Empfindungen und der Bereitschaft, mit Patienten über deren sexuelle Probleme zu sprechen. Die Aussagen der Studentengruppen weichen am weitesten voneinander ab, die Einstellung der Ärzte liegt genau dazwischen.

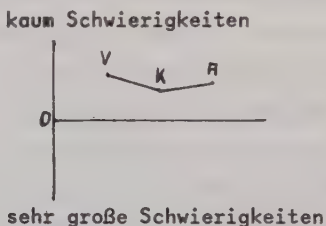
Die Vorkliniker behaupten, es bereite ihnen kaum Schwierigkeiten, mit Patienten über deren sexuelle Probleme zu sprechen. Die klinischen Studenten zeigen sich hier zurückhaltender und weniger selbstsicher als Vorkliniker und Ärzte.

Auch von Patienten glauben die klinischen Studenten - besonders deutlich von den Ärzten unterschieden - daß sie Gespräche über sexuelle Probleme eher als ungewöhnlich empfinden (2).

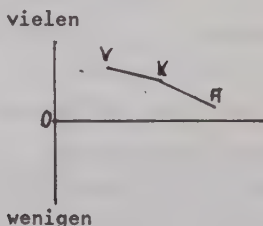
2. Ich glaube, Patienten empfinden Gespräche über ihre sexuellen Probleme eher als normal .. eher als ungewöhnlich ($F=5,76; p < 0,01$)



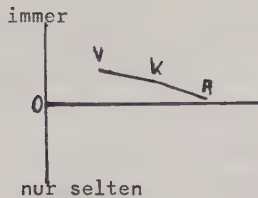
9. Ich glaube, es bereitet mir kaum .. sehr große Schwierigkeiten, mit Patienten über deren sexuelle Probleme zu sprechen.
($F=3,64; p < 0,05$)



14. Ich glaube, daß eine ärztliche Beratung in sexuellen Fragen bei eher vielen .. eher wenigen Patienten nötig ist.
($F=24,33; p < 0,001$)



30. Ich glaube, daß der Arzt bei Erhebung der Anamnese immer .. nur selten nach sexuellen Problemen des Patienten fragen sollte.
($F=10,13; p < 0,001$)



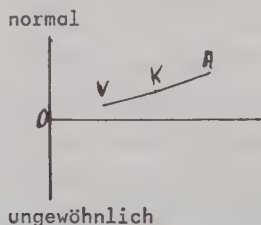
Soziales Umfeld

In diesem Themenkreis bestehen Einstellungsunterschiede bei Fragen zum Arbeitsplatz (23,29,32) und Fragen zu Wohn- und Versorgungsproblemen (12,39) des Patienten. Der Vorkliniker glaubt sowohl im Falle der Kontaktaufnahme mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen des Patienten (23) als auch bei der Erkundigung nach dessen Wohnmilieu (39) mehr als klinischer Student und Arzt, daß der Patient dies als unangebrachte Einmischung empfindet. In Item 29 zeigt er, daß es ihm weniger als klinischem Studenten und Arzt lästig ist, den Kontakt zu Vorgesetzten und Arbeitskollegen des Patienten aufzunehmen. Der klinische Student bekennt in 29 ganz klar, daß es ihm lästiger als Vorkliniker und Arzt ist, mit Vorgesetzten oder Kollegen des Patienten Kontakt aufzunehmen. In 23 und 39 ist er auf der Seite derer, die auch vom Patienten wissen wollen, daß dieser nähere Erkundigungen nach Milieu bzw. sozialem Umfeld als unangebrachte Einmischung empfindet. Der Arzt gibt vom Patienten an - am deutlichsten vom Vorkliniker unterschieden -, daß er Erkundigungen nach Wohnmilieu (39) und Kontaktaufnahme zu Kollegen und Vorgesetzten (23) eher als ärztliche Sorge empfindet. Trotzdem ist es ihm lästiger als dem Vorkliniker, diese Kontakte herzustellen (29). Seinen Aufgabenbereich sieht der Arzt weiter gesteckt als die Studenten, vor allem weiter als die Vorkliniker ihn sehen. Er glaubt

mehr als die Studenten, daß es zu den Aufgaben des Arztes gehört, sich im entsprechenden Fall um eine Berufsumschulung bzw. einen neuen Arbeitsplatz für seine Patienten zu kümmern (32). Außerdem hält er es für normal - mehr als die Studenten -, mit Wohlfahrtsämtern, Caritas oder ähnlichen Organisationen Kontakt aufzunehmen (12).

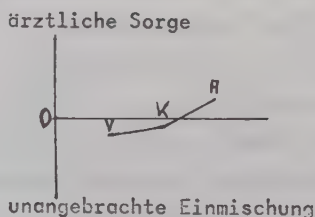
12. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher normal... eher ungewöhnlich ist, mit Wohlfahrtsämtern, Caritas und ähnlichen Organisationen Kontakt aufzunehmen.

($F = 9,35$; $p < 0,001$)

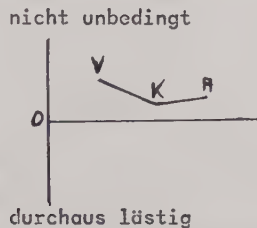


20. Ich glaube, der Patient empfindet es eher als ärztliche Sorge... als unangebrachte Einmischung, wenn der Arzt ihm vorschlägt, mit Vorgesetzten oder Kollegen Kontakt aufnehmen zu wollen.

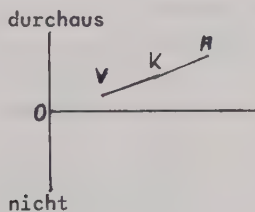
($F = 14,93$; $p < 0,001$)



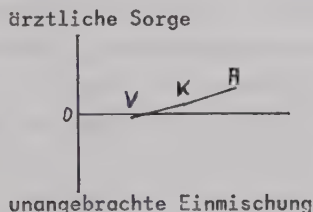
29. Es wäre mir nicht unbedingt... durchaus lästig, mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen des Patienten Kontakt aufzunehmen.
($F = 8,02$; $p < 0,001$)



32. Ich glaube, daß es durchaus.... nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört, sich in dem entsprechenden Fall um eine Berufsumschulung bzw. einen neuen Arbeitsplatz für seinen Patienten zu kümmern.
($F = 15,94$; $p < 0,001$)



39. Ich glaube, daß Patienten es eher als ärztliche Sorge.... eher als unangebrachte Einmischung empfinden, wenn sich der Arzt nach ihrem 'ohnmilieu erkundigt.
($F = 9,93$; $p < 0,001$)



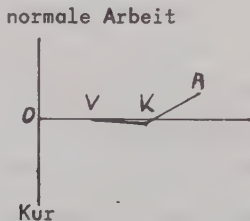
Krankheit-Krankenversorgung

Die fünf Items aus diesem Bereich haben untereinander nur indirekte Bezüge und sollen daher getrennt besprochen werden.

In Item 10 sind die Ärzte der Meinung, daß die Rehabilitation einer Krankheit eher durch die normale Arbeit als durch eine Kur gefördert wird. Die Studenten tendieren mehr zur Gegenseite bzw. liegen mit ihren Mittelwerten dicht bei "C". Dies könnte ein Hinweis dafür sein, daß die Studenten sich in diesem Punkt der Entscheidung enthalten wollen.

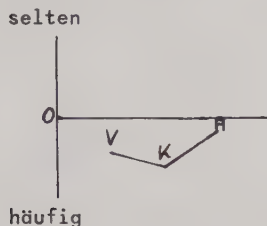
10. Ich glaube, daß nach Abheilung einer Krankheit die Rehabilitation eher durch normale Arbeit.... eher durch eine Kur gefördert wird.

($F = 8,07$; $p < 0,001$)



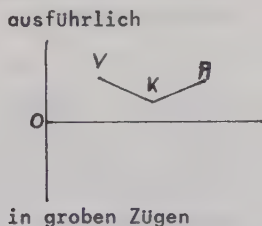
Das Item 16 fragt nach der Wirksamkeit von Placebos. Hier ist bemerkenswert, daß die klinischen Studenten ein klares Votum für die häufige Wirksamkeit von Placebos abgeben und sich damit am weitesten von der ärztlichen Meinung entfernen. Die Einstellung des Vorklinikers ist hier wenig extrem; der Mittelwert liegt zwischen dem des Arztes und dem des klinischen Studenten.

16. Ich glaube, daß es selten .. häufig wirksam ist, Placebos zu verabreichen. ($F=12,99$; $p < 0,001$)



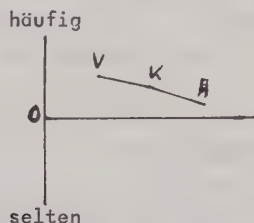
Auch in Frage 20 ist die Einstellung des klinischen Studenten wieder deutlich auffällig. Sowohl der Arzt als auch der Vorkliniker sind der Meinung, daß das Pflegepersonal ausführlich über den ärztlichen Therapieplan informiert werden sollte. Der klinische Student will das Pflegepersonal weniger ausführlich unterrichten.

20. Ich glaube, der Arzt sollte sein Pflegepersonal ausführlich .. nur in groben Zügen über seinen Therapieplan informieren. ($F=4,50$; $p < 0,05$)



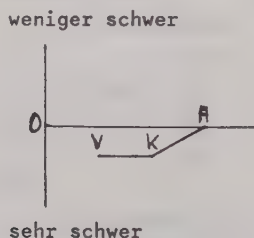
Der Vorkliniker ist der Meinung, daß gleichaltrige Patienten mit demselben organischen Krankheitsbild häufig unterschiedliche Heilungszeiten benötigen (27). Er weicht damit am weitesten von der Meinung des Arztes ab, der sich in diesem Punkt sehr zurückhaltend äußert. Der klinische Student rangiert zwischen beiden Meinungen.

27. Ich glaube, es kommt eher häufig .. eher selten vor, daß gleichaltrige Patienten mit demselben organischen Krankheitsbild sehr unterschiedliche Heilungszeiten benötigen. ($F=10,40; p < 0,001$)



Die Studenten sind sich einig, daß ihnen das persönliche Gespräch bei Patienten mit aussichtsloser Prognose schwerer fällt als dem Arzt (34).

34. Ich glaube, bei Patienten mit aussichtsloser Prognose fällt mir das persönliche Gespräch eher weniger schwer .. eher sehr schwer. ($F=9,10; p < 0,001$)



3.2 Facharztvergleich: Internisten-Chirurgen-Psychiater/Neurologen

Die Ergebnisse des Facharztvergleiches von Internisten, Chirurgen und Psychiater/Neurologen zeigen bei 10 Items signifikante Einstellungsunterschiede.

Ähnlich wie beim Vergleich der Medizinstudenten mit den Ärzten konzentrieren sich die Einstellungsunterschiede auf Fragen aus den Bereichen:

- | | |
|--------------|-------------------|
| - Kindheit | - 5, 28, 43, 54 * |
| - Sexualität | - 13, 39 |
| - Wohnmilieu | - 31, 51 |

Weitere Meinungsunterschiede ergeben sich bei Fragen zur Psychotherapie (18) und zur Placebowirksamkeit (21). Die sich an die Besprechungen anschließenden Aufstellungen geben die Items mit den zugehörigen Mittelwerten wieder. Zum Vergleich ist außerdem in jede Skala der Mittelwert für alle 73 Ärzte und Medizinalpraktikanten eingezeichnet.

Im vorangegangenen Vergleich von Studenten und Ärzten wurde eine weitgehende Meinungshomogenität der Gruppen angenommen. Der Facharztvergleich zeigt, daß innerhalb der Gruppe "Ärzte" doch erhebliche Einstellungsunterschiede bestehen. Gerade Fragen zur Kindheit und Sexualität werden auch unterschiedlich beurteilt. Einen weiteren Hinweis für die Heterogenität der ärztlichen Einstellungen liefert die Faktorenanalyse. Mindestens drei der acht extrahierten Faktoren beschäftigen sich deutlich mit einer geschlossenen Thematik. Erwähnt sei hier nur der Faktor I. Dieser Faktor ist deutlich geprägt durch Fragen aus dem Bereich Kindheit und Sexualität. Von den zwölf Fragen, deren Ladungen auf dem Faktor I $\geq 0,4$ sind, stammen die ersten sechs aus den genannten Bereichen.

(Rotierte Faktorenmatrix im Anhang)

* Numerierung entspricht dem Ärztefragebogen

Kindheit

Vier Items aus diesem Bereich weisen signifikante Meinungsunterschiede auf (5,38,48,54). Bei allen vier Fragen ist die Haltung der Psychiater* im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen eindeutig. Fragen nach Kindheitserlebnissen (5,54) hält der Psychiater für notwendiger bzw. angebrachter als seine Kollegen. Diese Einstellung schlägt sich in seinem Verhalten bei Erhebung der Anamnese nieder: er fragt eher oft nach Kindheitserlebnissen (38). Von seinem Patienten gibt er an, daß er Fragen des Arztes nach seiner Kindheit eher für notwendig hält (48).

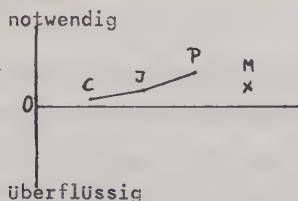
Gegenüberstellen läßt sich die Einstellung des Chirurgen. Fragen nach Kindheitserlebnissen oder Schwierigkeiten in der Kindheit hält er für weniger wichtig als Psychiater und Internist (5,54). Entsprechend verhält er sich auch bei Erhebung der Anamnese: er fragt selten nach Kindheitserlebnissen des Patienten (38).

Die Mittelwerte des Internisten liegen bei allen drei Items zwischen Psychiater und Chirurg. Besonders erwähnenswert scheint hier, daß der Mittelwert der Internisten sich in allen drei Fällen jeweils mit dem Gesamtmittelwert aller Ärzte in etwa deckt.

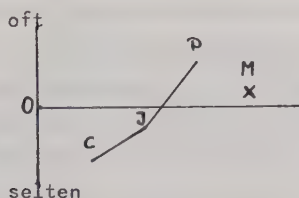
In Item 48 geht es um die Meinung des Patienten zu Kindheitsfragen. Diesmal glaubt der Internist, daß der Patient Fragen des Arztes nach seiner Kindheit eher für überflüssig hält. Der Chirurg ist anderer Meinung, ähnlich wie der Psychiater. Der Gesamtmittelwert deckt sich hier fast mit dem "0"-Punkt der Skala.

* Die Gruppe Psychiater/Neurologen wird im folgenden nur mit Psychiater bezeichnet.

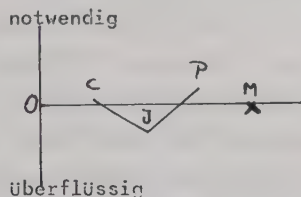
- 5.*Ich glaube, daß Fragen an den Patienten nach seinen Kindheitserlebnissen eher notwendig .. eher überflüssig sind. ($F=2,45; p < 0,05$)



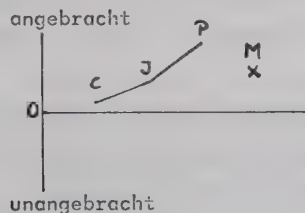
36. Aus anamnestischen Gründen frage ich eher oft .. eher selten nach Kindheitserlebnissen des Patienten. ($F=14,56; p < 0,001$)



40. Ich glaube, der Patient hält Fragen des Arztes nach seiner Kindheit für notwendig .. für überflüssig. ($F=2,27; p < 0,05$)



54. Fragen an den Patienten nach Schwierigkeiten in seiner Kindheit halte ich eher für angebracht .. für unangebracht. ($F=5,19; p < 0,01$)



Sexualität

Innerhalb des Themenkreises Sexualität finden sich unterschiedliche Beantwortungen bei Item 13 und Item 39. Der Mittelwert für alle Ärzte liegt bei Item 39 - "sollte der Arzt immer oder nur selten nach sexuellen Problemen des Patienten fragen" - ganz in der Nähe der Skalenmitte ("0"). Der Internist enthält sich in diesem Punkt einer deutlichen Stellungnahme, sein Mittelwert liegt beim Nullpunkt. Psychiater und Chirurg weichen in ihren Meinungen deutlich ab. Der Chirurg tendiert dazu, eher selten nach sexuellen Problemen des Patienten zu fragen; der Psychiater meint, der Arzt solle dies möglichst immer tun.

Bei Item 13 ist der Mittelwert für alle Ärzte stark nach links verschoben. Offenbar ist die Formulierung: "Es bereitet mir sehr große Schwierigkeiten, mit Patienten über ihre sexuellen Probleme zu sprechen" zu stark gegenüber dem schwachen: "Es bereitet mir kaum Schwierigkeiten". Dennoch finden sich deutliche Einstellungsunterschiede, die vom Meinungsmittel abweichen. Internisten und Psychiater liegen gemeinsam mit ihrer Aussage noch weiter im Bereich: "Es bereitet mir kaum Schwierigkeiten". Die Chirurgen hingegen weichen vom Gesamtmittelwert zur Gegenseite hin ab. Die Chirurgen behaupten also von sich, mehr als die meisten anderen ihrer Kollegen, Schwierigkeiten zu haben, mit Patienten über deren sexuelle Probleme zu sprechen.

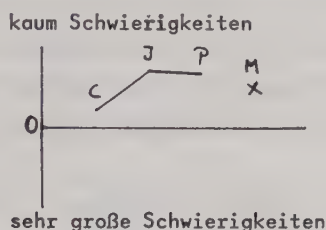
In diesem Zusammenhang erscheint es bemerkenswert, daß bei zwei weiteren Fragen aus dem Bereich Sexualität, keine signifikant unterschiedlichen Meinungen vorliegen.

6. Ich glaube, Patienten empfinden Gespräche über ihre sexuellen Probleme eher als normal ... eher als ungewöhnlich.
35. Bei den Krankheitsbildern meines Krankengutes spielen sexuelle Probleme so gut wie nie ... sehr häufig eine Rolle.

In diesen beiden Punkten sind Psychiater, Internisten und Chirurgen weitgehend einer Meinung.

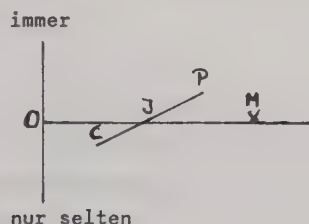
13. Es bereitet mir kaum .. sehr große Schwierigkeiten, mit Patienten über ihre sexuellen Probleme zu sprechen.

($F=5,21; p < 0,01$)



39. Ich glaube, daß der Arzt bei Erhebung der Anamnese immer .. nur selten nach sexuellen Problemen des Patienten fragen sollte.

($F=3,78; p < 0,05$)



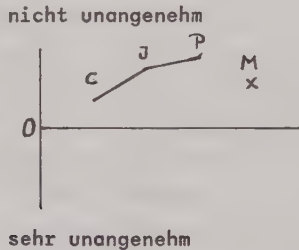
Wohnmilieu

Die beiden Fragen zum Wohnmilieu - einmal aus der Sicht des Arztes, das andere Mal aus der des Patienten - werden von den Fachrichtungen unterschiedlich beantwortet. Internisten und Psychiater geben beide an, daß es ihnen nicht unangenehm sei, Patienten nach deren Wohnmilieu zu fragen (31). Die Chirurgen weichen von dieser Einstellung deutlich ab; es ist ihnen weniger angenehm als Psychiatern und Internisten und auch als dem Durchschnitt aller Ärzte, Patienten nach deren Wohnmilieu zu fragen.

Auch bei Beurteilung ihrer Patienten zu dieser Frage sind sich Psychiater und Internisten wieder weitgehend einig. Sie glauben, daß Patienten es eher als ärztliche Sorge empfinden, wenn sich der Arzt nach ihrem Wohnmilieu erkundigt (51). Die Gesamtheit der Ärzte ist nicht ganz dieser Meinung, und die Chirurgen tendieren noch mehr zur Gegenseite, wo man vom Patienten annimmt, daß er die Erkundigung nach seinem Wohnmilieu als unangebrachte Einmischung empfindet.

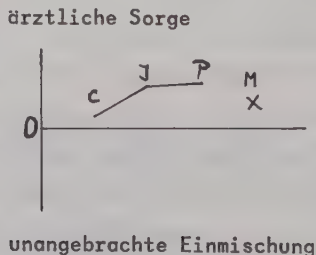
31. Es ist mir nicht unangenehm .. sehr unangenehm, Patienten nach deren Wohnmilieu zu fragen.

($F=6,53$; $p < 0,01$)



51. Ich glaube, daß Patienten es eher als ärztliche Sorge .. eher als unangebrachte Einmischung empfinden, wenn sich der Arzt nach ihrem Wohnmilieu erkundigt.

($F=3,31$; $p < 0,05$)



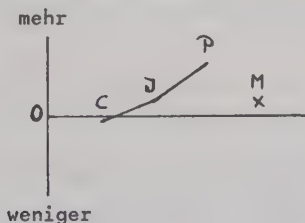
Psychotherapie

Im Item 18 gibt der Psychiater erwartungsgemäß an, daß ihn die Krankheitsbilder seines Fachgebietes - mehr als alle anderen Ärzte dies behaupten - veranlaßt haben, sich mit psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zu beschäftigen.

Der Internist beantwortet diese Frage fast genauso wie der Durchschnitt aller Ärzte. Der Chirurg hingegen meint, daß ihn sein Fach hierzu weniger veranlaßt habe.

Interessant hierzu erscheinen die Antworten auf die zugehörige Realitätsfrage:(43) "Ich lese in Fachzeitschriften meistens .. nur selten die Artikel über psychotherapeutische Behandlungsmethoden." Die Angaben hierzu sind nicht signifikant unterschiedlich. Angemerkt sei, daß die Mittelwerte jedoch die gleiche Tendenz wie bei Item 18 haben.

18. Die Krankheitsbilder meines Fachgebietes haben mich eher mehr .. eher weniger veranlaßt, mich mit psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zu beschäftigen. ($F = 3,36$; $p < 0,05$)



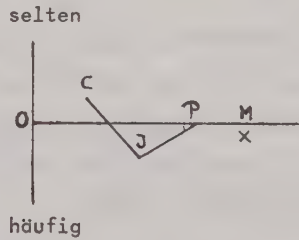
Placebo

Die am weitesten voneinander abweichenden Meinungen zur Placebowirksamkeit sind die der Chirurgen und die der Internisten. Die Chirurgen meinen, Placebos zu verabreichen, sei selten wirksam; die Internisten schreiben dem Placebo häufig eine Wirksamkeit zu (21).

Die Psychiater enthalten sich der Stellungnahme; ihr Mittelwert deckt sich fast mit der Skalenmitte. Hier liegt auch der Gesamtmittelwert. Die zugehörige Realitätsfrage: "Ich verordne Placebos eher häufig .. eher selten." (28) wird bemerkenswerterweise nicht signifikant unterschiedlich beantwortet.

21. Ich glaube, daß es selten .. häufig wirksam ist, Placebos zu verabreichen.

($F=5,26$; $p < 0,01$)



4. DISKUSSION

Im vorangegangenen Teil sind die Ergebnisse der Untersuchung im einzelnen genannt worden. Die anschließende Diskussion hat die Aufgabe

- 1) zu zeigen, ob die Einstellungsunterschiede von vor-klinischen Studenten, klinischen Studenten und Ärzten eine bestimmte Tendenz haben und welche Bedeutung einer solchen Tendenz zukommt
- 2) die Einstellungsunterschiede der Facharztgruppen zusammenhängend zu betrachten.

Der erste Teil der Diskussion scheint besonders wichtig, weil sich hieraus Konsequenzen für die medizinische Ausbildung ergeben können.

4.1 Vergleich: vorklinische Studenten-klinische Studenten-Ärzte

4.1.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Beurteilung und Wertung von Einstellungen hat die besondere Schwierigkeit, daß absolute Maßstäbe - in diesem Fall das definierte Bild des "Idealarztes" - fehlen. Die Beurteilung muß daher im Vergleich der drei Gruppen untereinander erfolgen. Ob eine Haltung jeweils als mehr oder weniger wünschenswert angesehen wird, richtet sich danach, für wie wichtig das psychische und soziale Umfeld für die Krankheit des Patienten gehalten wird.

In diesem Sinne stellt sich der vorklinische Student sehr idealistisch und einsatzfreudig dar. Er ist gern bereit zu helfen und ganz besonders bemüht, wenn es um die Patienten und deren

Belange geht. (siehe Item 28,29*).

Der vorklinische Student hält es außerdem für sehr wesentlich, etwas über die psychische Situation des Patienten zu erfahren (Kindheitserlebnisse 1, 43; Sexualität 14, 30). Aber auch in sehr praktischen Dingen, wie etwa der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal (20), stellt er sich als verantwortungsbewußt und kooperativ dar. Insgesamt ist zu sagen, daß der vorklinische Student vor allem eine theoretisch-idealistische, einsatzbereite Einstellung hat.

Im Gegensatz hierzu muß der Arzt gesehen werden, dessen Einstellung mehr von der praktischen Tätigkeit und der Erfahrung beeinflusst ist. Aber auch aus den Äußerungen des Arztes ist ersichtlich, daß er sich Sorgen um den Patienten macht und um ihn bemüht ist. Er betont jedoch andere Dinge, die dem vorklinischen Studenten bisher nicht zugänglich waren. Für ihn stehen mehr praktische Alltagsprobleme im Vordergrund seiner Bemühungen wie etwa Berufsumschulung für einen Patienten (32), Nachsorge für Alte und chronisch Kranke (12), Erziehungsprobleme (28). Auf der anderen Seite muß jedoch eingeräumt werden, daß der Arzt direkten psychologisch - psychosomatischen Fragestellungen eher zurückhaltend gegenübersteht. Theoretische Erkenntnisse aus diesem Bereich scheinen sein Verhalten nur bedingt zu beeinflussen.

Die Betrachtung der beiden Gruppen Vorkliniker und Ärzte zeigt somit deutlich, daß bei beiden Gruppen eine Reihe wünschenswerter Einstellungen (im Sinne der genannten Definition) gefunden werden. Wegen des unterschiedlichen Ausbildungs- und Erfahrungsstandes ist es leicht einsehbar, daß die Gruppen jeweils verschiedene Einzelfragen hervorheben und betonen.

* Im folgenden beziehen sich die Nummern auf den Studentenfragebogen.

Eine deutliche Sonderstellung nehmen im Rahmen dieses Vergleiches die Studenten der höheren klinischen Semester ein. Sie stellen sich eher zurückhaltend, reserviert und bequem dar. Sie zeigen wenig Besorgtheit für den Patienten und kaum Ansätze für soziales Engagement. Dort wo die Einstellung des Vorklinikers als besonders wünschenswert angesehen werden kann, ist der klinische Student eher der Meinung des Arztes oder gar gegenteiliger Ansicht. (siehe: Kontakt zu Vorgesetzten und Arbeitskollegen 29, Kindheitsprobleme 1,43, theoretischer Unterricht über seelische Erkrankungen 13, Betreuung eines milieugeschädigten Kindes 18).

Wo die Einstellung der Ärzte für wünschenswert gehalten werden kann, entsprechen die Äußerungen der klinischen Studenten nicht denen der Ärzte, sondern weisen auf eine eher unentschlossene Mittelstellung hin. (siehe: 12,32). Im Umgang mit dem Patienten zeigt der klinische Student eine unsichere Haltung. Er ist nur ungern bereit, sich mit ihm näher zu befassen und scheut das persönliche Engagement. (Gespräch über sexuelle Probleme 9, Gespräch mit aussichtslos Kranken 34, Betonung der Placebowirk-samkeit 16)

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen deutlich, daß der Mediziner im Laufe seiner Ausbildung einem Einstellungswandel unterliegt im bezug auf die Einschätzung der Bedeutung des psychischen und sozialen Umfeldes für den Patienten.* Die mehr theoretisch-idealistische, einsatzfreudige Haltung des Vorklinikers ist beim klinischen Studenten im höheren Semester nicht mehr anzutreffen. Sie weicht einer passiven, gleichgültigen, wenig engagierten Einstellung. Die Haltung des klinischen Studenten zeigt aber auch

*Die vorliegende Arbeit ist - vor allem aus ökonomischen Gründen- eine Querschnittsuntersuchung. Es erscheint aber angemessen, die Mittelwertsunterschiede der drei Gruppen als Entwicklung zu interpretieren.

keine Gemeinsamkeiten mit der an der Erfahrung und den praktischen Bedürfnissen des Patienten orientierten Einstellung des Arztes. Man könnte von einem gewissen "Einstellungstief" sprechen, das der Mediziner am Ende seines Studiums durchläuft. Der erste und zweite Teil der zu Beginn formulierten Hypothese kann damit als verifiziert angesehen werden. Das relative "Einstellungshoch" des Arztes hat andere Inhalte als das des vorklinischen Studenten. Diese Inhalte sind den derzeitigen Erfordernissen der ärztlichen Tätigkeit angemessen. Sie entsprechen den momentanen sozio-ökonomischen Verhältnissen des Klinikarztes.

Der dritte Teil der Hypothese muß als teilweise falsifiziert angesehen werden.

4.12 Aspekte zur medizinischen Ausbildung

Eine Reihe von Autoren weist auf die enormen Anforderungen an den Arzt hin, die gerade in psychologischer und sozialer Hinsicht an ihn gestellt werden. Entsprechend sind auch die Hinweise auf eine mangelhafte medizinische Ausbildung und die Forderungen nach Änderungen des Medizinstudiums. Genannt seien hier Baier ¹⁴⁾, Balint ¹⁵⁾, Hollmann und Jordt ¹⁶⁾, Kapuste ¹⁷⁾, Kapuste und Feest ¹⁸⁾, Luth ¹⁹⁾, Staudinger ²⁰⁾. Baier schreibt 1969: "Liegen nun für Diagnose und Therapie wesentliche Wirkungs- und Einwirkungsfaktoren im Sozialen, so ist nur folgerichtig, wenn sich der Schwerpunkt der Medizin aus der dualen Personenbeziehung Arzt-Patient in der traditionellen Praxis über die "technische" Beziehung Spezialist-Organerkrankung in der Klinik zu einer sozial verantwortlichen und sozial handelnden Medizin verschiebt." ¹⁴⁾ Sehr konkret weist Balint auf Aufgaben des Arztes hin, die dem Engagement und dem therapeutischen Handeln vorausgehen müssen: "Ich weiß nicht, was der neue praktische Arzt von meinem Vorschlag halten wird, zwischen der "Grundstörung"

und dem "Konflikt" einerseits und den "klinischen Krankheiten" andererseits zu unterscheiden, welche letztere vom Patienten angeboten werden und aus denen der Arzt diejenige mit den besten therapeutischen Chancen auswählen muß".¹⁵⁾

Um die genannten und weitere Aufgaben im psychosomatischen, psychologischen und sozialen Bereich leisten zu können, ist jedoch eine entsprechende medizinische Ausbildung erforderlich. Die vorliegende Untersuchung zeigt, daß Medizinstudenten nach Durchlaufen des Studiums gerade die angesprochenen Fragen eher für unbedeutend und für ihr Verhalten für wenig maßgebend erachten.

Für eine entsprechende Ausrichtung des Medizinstudiums mehr in dieser Hinsicht plädiert Staudinger in einer Ansprache vor der Van Swieten Gesellschaft: "Das heißt doch dann, konsequent weiterdenkend, daß die Studenten, sofern sie zu Ärzten ausgebildet werden sollen, nicht mehr mit dem ganzen chemischen Wissen, das zum Verstehen einer chemischen Analyse notwendig wäre, gequält werden sollten. - Das Problem für den Arzt von morgen liegt, wie ich abzuleiten versucht habe, nicht oder nicht in erster Linie in der Diagnostik. Dem Arzt begegnen hingegen immer mehr andere Probleme, z.B. die Sorgen des alten Menschen, des sozial nicht angepaßten Patienten und viele andere soziologisch und psychologisch begründete Störungen. Die Ausbildung der Ärzte wird also mehr auf diese Probleme hin ausgerichtet werden müssen."²⁰⁾

Entsprechende Vorschläge zur Änderung der medizinischen Ausbildung macht Paul Luth: "Es wäre demgemäß notwendig, ... möglichst frühzeitig ... Einrichtungen zu schaffen, die den Studenten 1. in berufstypischen, mindestens aber berufsähnlichen Situationen zu handeln zwingen, 2. ihm dadurch einsichtig machen, daß es sich bei der Medizin nicht um eine Schreibtischwissenschaft handelt, sondern um etwas, das getan werden muß." ¹⁹⁾

Eine im Sinne der vorausgehenden Zitate geänderte medizinische Ausbildung könnte in der Lage sein, das im ersten Teil der Diskussion näher bezeichnete "Einstellungstief" der klinischen Studenten abzubauen bzw. erst gar nicht aufkommen zu lassen. Eine bessere Ausbildung auf psychologischem, psychosomatischem und sozialem Gebiet würde vor allem der dann folgenden Ärztegeneration bessere Voraussetzungen geben für die Bewertung und Behandlung psychosozialer Probleme. Gerade die Berücksichtigung der theoretischen Erkenntnisse aus diesem Bereich wurde in der vorliegenden Untersuchung auch bei den Ärzten vermißt.

Welche Auswirkungen eine in dieser Hinsicht veränderte medizinische Ausbildung auf das ärztliche Verhalten hat, müssen entsprechende Längsschnittuntersuchungen im einzelnen zeigen.

4.2 Facharztvergleich: Internisten-Chirurgen-Psychiater/Neurologen

Im Facharztvergleich richtet sich die Beurteilung der Einstellungen wiederum danach, für wie wichtig das psychische und soziale Umfeld für die Krankheit des Patienten gehalten wird. Als Bezugspunkt kann innerhalb dieses Vergleiches die gemittelte Einstellung aller befragten Ärzte dienen.

Der Tenor der Einstellungsunterschiede von Internisten, Chirurgen und Psychiatern ist sehr deutlich. Er taucht in fast allen zehn benannten Items regelmäßig und gleichbleibend auf.

Die Psychiater zeigen deutlich, daß sie die psychische und die soziale Situation des Patienten für sehr wichtig halten. Fragen nach Kindheitserlebnissen (5,38,54) sowie Erkundigungen nach sexuellen Problemen des Patienten (39) halten sie für besonders bedeutsam. Die Psychiater geben an, daß die Besprechung psychischer und sozialer Fragen weder für sie selbst (13,31) noch für ihre

Patienten (48,51) besonders lästig oder unangenehm seien. Dieser durchweg eindeutigen Einstellung des Psychiaters entspricht die Angabe, daß ihn sein Fachgebiet mehr als das anderer Ärzte veranlaßt habe, sich mit psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zu beschäftigen (18). In diesem Punkt unterliegt er - als Psychiater - aber offenbar einem gewissen Erwartungsdruck des Items, da die zugehörige Realitätsfrage (43) keinen Unterschied zu anderen Fachärzten ergibt.

Eine grundsätzlich andere Einstellung zu den benannten Fragen zeigt der Chirurg. In nahezu allen besprochenen Items ist er im Vergleich zum Psychiater gegenteiliger Ansicht bzw. tendiert nur wenig zur jeweils aufgeführten Einstellung. Die Chirurgen messen psychischen und sozialen Faktoren offenbar nur wenig Bedeutung bei, und zwar nicht nur weniger als die Psychiater, sondern auch weniger als die Gesamtheit der befragten Ärzte.

Der Internist wertet insgesamt die psychosozialen Fragen weder so stark wie der Psychiater noch hält er sie für so wenig bedeutend wie der Chirurg. Ein weiterer Hinweis für diese wenig festgelegte, nach beiden Seiten offene Mittelstellung ist die Tatsache, daß bei fünf der zehn Items der Mittelwert der Internisten dem Gesamtmittel aller Ärzte nahezu entspricht (5,18,38, 39,54). Nur wenn es im Zusammenhang mit dem persönlichen Gespräch (Sexualität, Wohnmilieu) um das eigene Empfinden und das des Patienten geht, entspricht der Internist mehr dem Psychiater (13,31,51).

Innerhalb der Ärzteschaft kann also mit Recht von Einstellungsunterschieden gesprochen werden, die unter anderem durch die Fachrichtung bedingt sind.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Mit einem Fragebogen wurden die Einstellungen von vorklinischen und klinischen Studenten und von Klinikärzten zur Bedeutung des psychischen und sozialen Umfeldes für den Patienten erfaßt. Mit Hilfe einer Varianzanalyse wurden im ersten Teil die Einstellungen von vorklinischen Studenten, klinischen Studenten und Ärzten miteinander verglichen, im zweiten Teil die von Internisten, Chirurgen, Psychiatern/Neurologen.

Die Ergebnisse des ersten Teils der Untersuchung zeigen deutlich, daß der Mediziner im Laufe seiner Ausbildung seine Einstellung zur Bedeutung des psychischen und sozialen Umfeldes ändert. Die mehr theoretisch-idealistische Haltung des Vorklinikers ist beim klinischen Studenten im höheren Semester nicht mehr anzutreffen; sie weicht einer gleichgültigen, passiven und wenig engagierten Einstellung. Die Haltung des klinischen Studenten zeigt aber auch keine Gemeinsamkeiten mit der an der Erfahrung und den praktischen Bedürfnissen des Patienten orientierten Einstellung des Arztes. Man könnte von einem gewisser "Einstellungstief" sprechen, das der Mediziner am Ende seines Studiums durchläuft. Aber auch der Arzt steht direkten psychologisch-psychosomatischen Fragestellungen eher zurückhaltend gegenüber.

Die Ergebnisse der Facharztuntersuchung zeigen bei Internisten, Chirurgen und Psychiatern/Neurologen unterschiedliche Einstellungen. Die Einstellung der Internisten deckt sich weitgehend mit der Einstellung aller befragten Ärzte. Im Vergleich dazu messen die Psychiater/Neurologen dem genannten Problemkreis mehr, die Chirurgen weniger Bedeutung zu.

LITERATUR

=====

- 1) MITSCHERLICH, A.: Der "genormte" Patient.
Bundesarbeitsblatt 12/1960
- 2) SOPP, H.: Soziologie des Krankenstandes.
Munch.Med. Wochenschr. 37/1955
- 3) JORES, A.: Warum Selbstbeteiligung in der Kranken-
versicherung?
Bundesarbeitsblatt 12/1960
- 4) SCHELSKY, H.: Die Soziologie des Krankenhauses im
Rahmen einer Soziologie der Medizin.
Der Krankenhausarzt 7/1958
- 5) ENGLISH, H. und A comprehensive Dictionary of Psycholo-
ENGLISH, A.C.: gical and Psychoanalytical Terms. 1958
- 6) ERON, L.D.: Effect of Medical Education on Medical
Students' Attitudes.
J.Med.Education 30/1955
- 7) ERON, L.D.: The Effect of Medical Education on
Attitudes. A Follow-up Study.
J.Med.Education 33/1958
- 8) MERTON, R.K., BLOOM, S. Studies in the Sociology of Medical
und ROGOFF, N.: Education.
J.Med. Education 31/1956
- 9) BRUHN, J.G. und Medical Student Attitudes toward Four
PARSONS, O.A.: Medical Specialties.
J.Med. Education 39/1964
- 10) DE BRABANDER, B. und A Comparative Study of Attitudes Among
LEON, C.A.: Columbian Medical and Nonmedical Stu-
dents.
J.Med. Education 43/1968
- 11) BECKMANN, D., MOELLER, M.L., Studenten - Wie sehen sie sich selbst,
RICHTER, H.-E., SCHEER, J.W.: ihre Arbeit und die Universität?
Analysen 1/1971
- 12) KÖNIG, R.: Handbuch der empirischen Sozialfor-
schung I.
Enke, Stuttgart 1962

- 13) SACHS, L.: Statistische Auswertungsmethoden.
Springer, Berlin 1969
- 14) BAIER, H.: Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor.
In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Kiepenheuer und Witsch, 1969
- 15) BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit
Fischer, 1970
- 16) HOLLMANN, W. und JORDT, H.: Klinische und soziale Anamnese als Grundlage der Rehabilitation.
Medizinische Klinik 46/1960
- 17) KAPUSTE, H.: Die große Reform des Medizinstudiums läßt auf sich warten.
Wirtschaft und Wissenschaft 5/1969
- 18) FEEST, J. und KAPUSTE, H.: Interviews in Ixburg.
Urban u. Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1970
- 19) LÜTH, P.: Lehren und Lernen in der Medizin.
Thieme, Stuttgart 1971
- 20) STAUDINGER, H.: Medizin und Biochemie - Rückblick und Ausblick.
Vortrag vor der van Swieten Gesellschaft am 19.10.1970, Manuskript.
- 21) LINDER, A.: Statistische Methoden.
Birkhäuser, Stuttgart 1964

ANHANG
=====

Inhaltsverzeichnis

	Seite
- Studentenfragebogen	41
- Ärztefragebogen	50
- Schema des Fragenpools	60
- Zusammensetzung der Stichprobe bei den Ärzten	61
- Vergleichstabelle der Nummern der identischen Items im Studenten- und Ärztefragebogen	62
- Mittelwerte und Varianzen	63
- Ergebnisse der Varianzanalysen	69
- Ergebnisse der Faktorenanalysen	71

Studentenfragebogen

Der Fragebogen wurde in der vorliegenden Form für die Erhebung bei den Studenten verandt.

Wir möchten Sie bitten, Ihre Meinung zu bestimmten Therapieformen und zur Bedeutung von Umweltfaktoren für den Krankheitsprozeß in diesem Fragebogen zu äußern. Ein Teil der Fragen bezieht sich darauf, wie sich Ärzte ihren Patienten gegenüber verhalten sollten. Bitte äußern Sie hierzu Ihre grundsätzliche Auffassung. Gehen Sie bei diesen Fragen nicht von der realen ärztlichen Situation aus (Zeitmangel etc.).

In den Fragen sind jeweils gegenteilige Aussagen gemacht, denen Sie mit Hilfe einer Skala mehr (3) oder weniger (1) zustimmen können. Kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Skala an, in welchem Ausmaß Sie der einen bzw. der anderen Aussage zustimmen wollen. "0" bedeutet, Sie wollen sich weder für die eine noch für die andere Aussage entscheiden. Bitte machen Sie bei jeder Frage nur ein Kreuz und lassen Sie keine Frage aus.

- | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich glaube, daß Fragen an den Patienten nach seinen Kindheitserlebnissen eher überflüssig | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher notwendig sind. |
| 2. Ich glaube, Patienten empfinden Gespräche über ihre sexuellen Probleme eher als normal | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher als ungewöhnlich. |
| 3. Ich glaube, daß Schwierigkeiten am Arbeitsplatz das Krankheitsverhalten des Patienten stark | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | wenig beeinflussen. |
| 4. Ich glaube, daß bei eher vielen | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher wenigen Patienten, die in psychotherapeutischer Behandlung sind, etwas mehr guter Wille bereits zur Besserung führen könnte. |
| 5. Ich glaube, Einsamkeit im Alter hat auf den Krankheitsverlauf eher einen großen | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher einen geringen Einfluß. |

- | | | |
|---|---------------|---|
| 6. Ich glaube, daß die Ausbildung in psychotherapeutischen Behandlungsmethoden nicht | 3 2 1 0 1 2 3 | unbedingt zu den Pflichtfächern der allgemeinen medizinischen Ausbildung gehören sollte. |
| 7. Ich glaube, daß es durchaus | 3 2 1 0 1 2 3 | nicht unbedingt zu den Aufgaben des Arztes gehört, sich nach den Familienverhältnissen des Patienten zu erkundigen. |
| 8. Ich habe Vorlesungen über psychotherapeutische Behandlungsmethoden eher regelmäßig | 3 2 1 0 1 2 3 | eher unregelmäßig besucht. |
| 9. Ich glaube, es bereitet mir kaum | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr große Schwierigkeiten, mit Patienten über ihre sexuellen Probleme zu sprechen. |
| 10. Ich glaube, daß nach Abheilung einer Krankheit die Rehabilitation eher durch die normale Arbeit | 3 2 1 0 1 2 3 | eher durch eine Kur gefördert wird. |
| 11. Ich glaube, daß bei Patienten mit aussichtsloser Prognose das persönliche Gespräch mit dem Arzt eher sinnvoll | 3 2 1 0 1 2 3 | eher nicht sinnvoll ist. |
| 12. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher normal | 3 2 1 0 1 2 3 | eher ungewöhnlich ist, mit Wohlfahrtsämtern, Caritas und ähnlichen Organisationen Kontakt aufzunehmen. |
| 13. Zur Erkennung und Behandlung seelischer Erkrankungen erscheint mir ein theoretischer Unterricht nötig | 3 2 1 0 1 2 3 | nicht so nötig. |

14. Ich glaube, daß eine ärztliche Beratung in sexuellen Fragen eher bei vielen
3 2 1 0 1 2 3
eher wenigen Patienten nötig ist.
15. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher normal
3 2 1 0 1 2 3
eher ungewöhnlich ist, sich nach den Verhältnissen am Arbeitsplatz zu erkundigen.
16. Ich glaube, daß es selten
3 2 1 0 1 2 3
häufig wirksam ist, Placebos zu verabreichen.
17. Ich glaube, daß ein Gespräch über persönliche Schwierigkeiten bei Patienten mit einer geringen Schulbildung eher gut
3 2 1 0 1 2 3
eher schlecht möglich ist.
18. Ich glaube, es wäre für meine Ausbildung von großem
3 2 1 0 1 2 3
von geringem Nutzen, wenn ich zeitweilig ein milieugeschädigtes Kind zu betreuen hätte.
19. Ich glaube, daß eher viele
3 2 1 0 1 2 3
eher wenige Patienten, die psychotherapeutisch behandelt werden, durch Medikamente allein geheilt werden können.
20. Ich glaube, der Arzt sollte sein Pflegepersonal ausführlich
3 2 1 0 1 2 3
nur in groben Zügen über seinen Therapieplan informieren.
21. Ich glaube, im allgemeinen wird dem Patienten eher zuviel
3 2 1 0 1 2 3
zu wenig über sein Krankheitsbild mitgeteilt.
22. Ich glaube, daß unbewältigte Konflikte in der Familie einen großen
3 2 1 0 1 2 3
geringen Einfluß auf den Krankheitsverlauf und die Rehabilitation haben.

23. Ich glaube, der Patient empfindet es eher
als unangebrachte Einmischung 3 2 1 0 1 2 3
als ärztliche Sorge, wenn der Arzt
ihm vorschlägt, mit Vorgesetzten oder
Kollegen Kontakt aufnehmen zu wollen.
24. Es wäre mir sehr unangenehm 3 2 1 0 1 2 3
nicht unangenehm, Patienten nach deren
Wohnmilieu zu fragen.
eher zu wenig Zeit.
25. Um zeitweilig ein milieugeschädigtes Kind
zu betreuen, hätte ich während meines
Studiums genügend 3 2 1 0 1 2 3
26. Ich glaube, daß der Krankheitsverlauf durch
regelmäßige Besuche von Familienangehörigen
des Patienten in der Regel günstig 3 2 1 0 1 2 3
in der Regel ungünstig beeinflußt wird.
27. Ich glaube, es kommt eher häufig 3 2 1 0 1 2 3
eher selten vor, daß gleichaltrige Pa-
tienten mit dem selben organischen
Krankheitsbild sehr unterschiedliche
Heilungszeiten benötigen.
28. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher
normal 3 2 1 0 1 2 3
eher ungewöhnlich ist, den Eltern
seines kindlichen Patienten auch Er-
ziehungsratschläge zu geben.
29. Es wäre mir durchaus 3 2 1 0 1 2 3
nicht unbedingt lästig, mit Vorge-
setzten oder Arbeitskollegen des Pa-
tienten Kontakt aufzunehmen.
30. Ich glaube, daß der Arzt bei Erhebung der
Anamnese immer 3 2 1 0 1 2 3
nur selten nach sexuellen Problemen
des Patienten fragen sollte.

31. Ich glaube, daß der Versuch, mit dem Patienten über seine persönlichen Schwierigkeiten zu sprechen, das Vertrauensverhältnis eher verbessert	3 2 1 0 1 2 3	eher verschlechtert.
32. Ich glaube, daß es durchaus	3 2 1 0 1 2 3	nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört, sich im entsprechenden Falle um eine Berufsumschulung bzw. einen neuen Arbeitsplatz für seinen Patienten zu kümmern.
33. Ich lese in meiner Freizeit oft	3 2 1 0 1 2 3	nur selten Bücher oder Zeitungsartikel über psychotherapeutische Behandlungsmethoden.
34. Ich glaube, bei Patienten mit aussichtsloser Prognose fällt mir das persönliche Gespräch eher sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher weniger schwer.
35. Ich glaube, daß der Arzt durchaus	3 2 1 0 1 2 3	nicht unbedingt über die Lebensumstände eines alternenden Patienten Bescheid wissen sollte.
36. Ich glaube, im Hinblick auf Patient und Kliniksbetrieb sollten die Besuchszeiten eher verlängert	3 2 1 0 1 2 3	eher verkürzt werden.
37. Ich glaube, der Patient hält Fragen des Arztes nach seiner Kindheit für notwendig	3 2 1 0 1 2 3	für überflüssig.

- | | | |
|---|---------------|---|
| 38. Ich glaube, daß die frühzeitige Beren-
tung eines ch ronisch Kranken seine Lebens-
erwartung eher verkürzt | 3 2 1 0 1 2 3 | eher verlängert. |
| 39. Ich glaube, daß Patienten es eher als ärzt-
liche Sorge | 3 2 1 0 1 2 3 | eher als unangebrachte Einmischung em-
pfinden, wenn sich der Arzt nach ihrem
Wohnmilieu erkundigt. |
| 40. Ich glaube, daß sich mein Interesse für
psychotherapeutische Behandlungsmethoden
im Laufe meines Studiums eher gesteigert | 3 2 1 0 1 2 3 | eher verringert hat. |
| 41. Ich glaube, daß der Hauptgrund für eine Veränderung darin liegt, daß | | |
| 42. Ich glaube, das Verhalten der Angehörigen
ist für die Gesundheit des Patienten eher
von großer | 3 2 1 0 1 2 3 | eher von geringer Bedeutung. |
| 43. Fragen an den Patienten nach Schwierig-
keiten in seiner Kindheit halte ich eher
für angebracht | 3 2 1 0 1 2 3 | eher für unangebracht. |
| 44. Ich glaube, der Arzt sollte die Angehörigen
des Patienten nicht | 3 2 1 0 1 2 3 | durchaus in seinen Therapieplan
mit einbeziehen. |

45. In welchem Ausmaß spielen Ihrer Meinung nach psychische und soziale Probleme bei den Krankheitsbildern folgender Fachrichtungen eine Rolle?

		(Bitte ankreuzen: 1=gering; 5=groß)									
		1	2	3	4	5					
Dermatologie		1	2	3	4	5	Psychiatrie		1	2	3 4 5
Innere Medizin		1	2	3	4	5	Chirurgie		1	2	3 4 5
Augenheilkunde		1	2	3	4	5	Neurochirurgie		1	2	3 4 5
Kinderheilkunde		1	2	3	4	5	Urologie		1	2	3 4 5
Gynäkologie		1	2	3	4	5	Orthopädie		1	2	3 4 5
Allgemeinmedizin		1	2	3	4	5	Neurologie		1	2	3 4 5
							HNO-Heilkunde		1	2	3 4 5
							Röntgen- u.				
							Strahlenheilkunde		1	2	3 4 5

Zum Schluß möchten wir Sie bitten, noch einige Angaben zur Person zu machen, die wir aus statistischen Gründen benötigen.

1. Alter
2. Geschlecht
3. Ich bin
4. Ich habe vor, nach meinem Studium Facharzt zu werden für:
5. Während meines Studiums wurden Vorlesungen, Übungen oder Praktika über psychotherapeutische Behand-
6. Ich habe an den obigen Veranstaltungen teilgenommen.

1. Ich glaube, als Student ist man mehr	3 2 1 0 1 2 3	weniger abhängig als Gleichaltrige, die im Beruf stehen.
2. Ich glaube, daß Professoren sich für die Probleme der Studenten	3 2 1 0 1 2 3	gar nicht interessieren.
3. Wenn Studenten unzufrieden sind, so liegt das meines Erachtens eher an ihren persönlichen Schwierigkeiten	3 2 1 0 1 2 3	eher an den äußeren Umständen, die auf sie einwirken.
4. Ich glaube, wir Studenten müssen sehr viel mehr	3 2 1 0 1 2 3	kaum mehr Einfluß auf die Gestaltung der Universität als heute bekommen.
5. Ich habe mich an der Universität oft	3 2 1 0 1 2 3	nie verloren gefühlt.
6. Ich neige sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig dazu, mich an politischen Aktivitäten von Studentengruppen zu beteiligen.
7. Ich habe den Eindruck, die Professoren können kritische Einstellungen der Studenten gut	3 2 1 0 1 2 3	gar nicht ertragen.
8. Ich bin über den Aufbau meines Studiums sehr gut	3 2 1 0 1 2 3	sehr mangelhaft informiert worden.
9. Ich finde, meine Professoren sind im allgemeinen sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte Lehrer.
10. Ich habe sehr genaue Vorstellungen davon	3 2 1 0 1 2 3	noch gar keine genauen Vorstellungen davon, was ich nach meinem Studium tun möchte.
11. Ich glaube, daß die Studentenschaft zu allgmein politischen Fragen unbeding	3 2 1 0 1 2 3	kaum öffentlich Stellung nehmen sollte.
12. Ich finde, ich werde in meinen Leistungen an der Universität zu sehr	3 2 1 0 1 2 3	zu wenig kontrolliert.
13. Ich glaube, es wird zu viel	3 2 1 0 1 2 3	zu wenig Kritik an Universitätsorganen geübt.
14. Ich schätze, Professoren sind in Prüfungen eher milder	3 2 1 0 1 2 3	eher strenger als sonst.

Ärztfragebogen

Der Fragebogen wurde in der vorliegenden Form für die Erhebung bei den Ärzten verwandt.

Wir möchten Sie bitten, Ihre Meinung und Erfahrung zu bestimmten Therapieformen und zur Bedeutung von Umweltfaktoren für den Krankheitsprozeß in diesem Fragebogen zu äußern. Ein Teil der Fragen bezieht sich darauf, wie sich Ärzte ihren Patienten gegenüber verhalten sollten. Bitte äußern Sie hierzu ihre grundsätzliche Auffassung. Gehen Sie bei diesen Fragen nicht von der realen ärztlichen Situation aus (Zeitmangel etc.).

In den Fragen sind jeweils gegenteilige Aussagen gemacht, denen Sie mit Hilfe einer Skala mehr (3) oder weniger (1) zustimmen können. Kreuzen Sie bitte in der jeweiligen Skala an, in welchem Ausmaß Sie der einen bzw. der anderen Aussage zustimmen wollen. "0" bedeutet, Sie wollen sich weder für die eine noch für die andere Aussage entscheiden. Bitte machen Sie bei jeder Frage nur ein Kreuz und lassen Sie keine Frage aus.

- | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Die räumlichen Verhältnisse in meinem Arbeitsbereich (Krankenzimmer, Arztzimmer) sind eher gut | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher schlecht geeignet, mit den Patienten persönliche Dinge zu besprechen. |
| 2. Im Rahmen meiner alltäglichen Pflichten und Routinearbeiten bin ich eher selten | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher oft in Stimmung, mit Patienten über Persönliches und Privates zu sprechen. |
| 3. Ich stelle fest, daß ich für Gespräche mit Patienten über deren Schwierigkeiten und persönliche Probleme genügend | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | zu wenig Zeit habe. |
| 4. Für das ungezwungene Gespräch mit Patienten und die persönliche Kontaktaufnahme eigne ich mich eher weniger | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher mehr als die meisten meiner Kollegen. |
| 5. Ich glaube, daß Fragen an den Patienten nach seinen Kindheitserlebnissen eher überflüssig | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | eher notwendig sind. |

- | | | |
|--|---------------|---|
| 6. Ich glaube, Patienten empfinden Gespräche über ihre sexuellen Probleme eher als normal | 3 2 1 0 1 2 3 | eher als ungewöhnlich. |
| 7. Ich glaube, daß Schwierigkeiten am Arbeitsplatz das Krankheitsverhalten des Patienten stark | 3 2 1 0 1 2 3 | wenig beeinflussen. |
| 8. Ich glaube, daß bei eher vielen | 3 2 1 0 1 2 3 | eher wenigen Patienten, die in psychotherapeutischer Behandlung sind, etwas mehr guter Wille bereits zur Besserung führen könnte. |
| 9. Ich glaube, Einsamkeit im Alter hat auf den Krankheitsverlauf eher einen großen | 3 2 1 0 1 2 3 | eher einen geringen Einfluß. |
| 10. Ich glaube, daß die Ausbildung in psychotherapeutischen Behandlungsmethoden nicht | 3 2 1 0 1 2 3 | unbedingt zu den Pflichtfächern der allgemeinen medizinischen Ausbildung gehören sollte. |
| 11. Ich glaube, daß es durchaus | 3 2 1 0 1 2 3 | nicht unbedingt zu den Aufgaben des Arztes gehört, sich nach den Familienverhältnissen des Patienten zu erkundigen. |
| 12. Ich neige dazu, Patienten mit guter Prognose möglichst alles | 3 2 1 0 1 2 3 | nur das Nötigste über ihr Krankheitsbild mitzuteilen. |
| 13. Es bereitet mir kaum | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr große Schwierigkeiten, mit Patienten über ihre sexuellen Probleme zu sprechen. |

14. Ich glaube, daß nach Abheilung einer Erkrankung die Rehabilitation eher durch die normale Arbeit	3 2 1 0 1 2 3	eher durch eine Kur gefördert wird.
15. Ich glaube, daß bei Patienten mit aussichtsloser Prognose das persönliche Gespräch mit dem Arzt eher sinnvoll	3 2 1 0 1 2 3	eher nicht sinnvoll ist.
16. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher normal	3 2 1 0 1 2 3	eher ungewöhnlich ist, mit Wohlfahrtsämtern, Caritas und ähnlichen Organisationen Kontakt aufzunehmen.
17. Bei Erhebung der Anamnese stelle ich fast immer	3 2 1 0 1 2 3	so gut wie nie Fragen nach den Verhältnissen am Arbeitsplatz des Patienten.
18. Die Krankheitsbilder meines Fachgebietes haben mich eher mehr	3 2 1 0 1 2 3	eher weniger veranlaßt, mich mit psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zu beschäftigen.
19. Ich glaube, daß eine ärztliche Beratung in sexuellen Fragen bei eher vielen	3 2 1 0 1 2 3	eher wenigen Patienten nötig ist.
20. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher normal	3 2 1 0 1 2 3	eher ungewöhnlich ist, sich nach den Verhältnissen am Arbeitsplatz zu erkundigen.
21. Ich glaube, daß es selten	3 2 1 0 1 2 3	häufig wirksam ist, Placebos zu verabreichen.
22. Ich glaube, daß ein Gespräch über persönliche Schwierigkeiten bei Patienten mit einer geringeren Schulbildung eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht möglich ist.

- | | | |
|---|---------------|--|
| 23. Ich stelle fest, daß ich das eingehende ärztliche Gespräch bei Patienten mit aussichtsloser Prognose häufiger | 3 2 1 0 1 2 3 | seltener führe als mit anderen Patienten an. |
| 24. Ich glaube, daß eher viele | 3 2 1 0 1 2 3 | eher wenige Patienten, die psychotherapeutisch behandelt werden, durch Medikamente allein geheilt werden können. |
| 25. Ich erkundige mich eher oft | 3 2 1 0 1 2 3 | eher selten nach der Leistungsfähigkeit meines kürzlich entlassenen Patienten. |
| 26. Ich glaube, der Arzt sollte sein Pflegepersonal ausführlich | 3 2 1 0 1 2 3 | nur in groben Zügen von seinem Therapieplan informieren. |
| 27. Ich glaube, im allgemeinen wird dem Patienten eher zu viel | 3 2 1 0 1 2 3 | zu wenig über sein Krankheitsbild mitgeteilt. |
| 28. Ich verordne Placebos eher häufig | 3 2 1 0 1 2 3 | eher selten. |
| 29. Ich glaube, daß unbewältigte Konflikte in der Familie einen großen | 3 2 1 0 1 2 3 | geringen Einfluß auf den Krankheitsverlauf und die Rehabilitation haben. |
| 30. Ich glaube, der Patient empfindet es eher als unangebrachte Einmischung | 3 2 1 0 1 2 3 | als ärztliche Sorge, wenn der Arzt ihm vorschlägt, mit Vorgesetzten oder Kollegen Kontakt aufnehmen zu wollen. |
| 31. Es ist mir sehr unangenehm | 3 2 1 0 1 2 3 | nicht unangenehm, Patienten nach deren Wohnmilieu zu fragen. |
| 32. Informationen des Pflegepersonals über die seelische Verfassung eines Patienten erscheinen mir im allgemeinen eher bedeutungsvoll | 3 2 1 0 1 2 3 | eher bedeutungslos. |

- | | | |
|--|---------------|---|
| 33. Ich glaube, daß der Krankheitsverlauf durch regelmäßige Besuche von Familienangehörigen des Patienten in der Regel günstig | 3 2 1 0 1 2 3 | in der Regel ungünstig beeinflusst wird. |
| 34. Ich glaube, es kommt eher häufig | 3 2 1 0 1 2 3 | eher selten vor, daß gleichaltrige Patienten mit demselben organischen Krankheitsbild sehr unterschiedliche Heilungszeiten benötigen. |
| 35. Bei den Krankheitsbildern meines Krankengutes spielen sexuelle Probleme so gut wie nie | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr häufig eine Rolle. |
| 36. Ich glaube, daß es für einen Arzt eher normal | 3 2 1 0 1 2 3 | eher ungewöhnlich ist, den Eltern seines kindlichen Patienten auch Erziehungsratschläge zu geben. |
| 37. Es ist mir durchaus | 3 2 1 0 1 2 3 | nicht unbedingt lästig, mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen des Patienten Kontakt aufzunehmen. |
| 38. Aus anamnestischen Gründen frage ich eher oft | 3 2 1 0 1 2 3 | eher selten nach Kindheitserlebnissen des Patienten. |
| 39. Ich glaube, daß der Arzt bei Erhebung der Anamnese immer | 3 2 1 0 1 2 3 | nur selten nach sexuellen Problemen des Patienten fragen sollte. |
| 40. Ich glaube, daß der Versuch, mit dem Patienten über seine persönlichen Schwierigkeiten zu sprechen, das Vertrauensverhältnis eher verbessert | 3 2 1 0 1 2 3 | eher verschlechtert. |

41. Ich telefoniere für meine Patienten manchmal	3	2	1	0	1	2	3	so gut wie ni mit Fürsorgeärzten oder anderen Betreuungseinrichtungen.
42. Ich glaube, daß es durchaus	3	2	1	0	1	2	3	nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört, sich im entsprechenden Fall um eine Berufungsschulung bzw. einen neuen Arbeitsplatz für seinen Patienten zu kümmern.
43. Ich lese in Fachzeitschriften meistens	3	2	1	0	1	2	3	nur selten Artikel über psychotherapeutische Behandlungsmethoden.
44. Bei Patienten mit aussichtsloser Prognose fällt mir das persönliche Gespräch eher sehr schwer	3	2	1	0	1	2	3	eher weniger schwer.
45. Ich habe eher viele	3	2	1	0	1	2	3	eher wenige Möglichkeiten, auf die Beschlüsse über den Bau von Kindergärten, Sozialbauwohnungen, Altersheimen etc. Einfluß zu nehmen.
46. Ich glaube, daß der Arzt durchaus	3	2	1	0	1	2	3	nicht unbedingt über die Lebensumstände eines alternenden Patienten Bescheid wissen sollte.
47. Ich glaube, im Hinblick auf Patient und Klinikbetrieb sollten die Besuchszeiten eher verlängert	3	2	1	0	1	2	3	eher verkürzt werden.
48. Ich glaube, der Patient hält Fragen des Arztes nach seiner Kindheit für notwendig	3	2	1	0	1	2	3	für überflüssig.

49. Ich glaube, daß die frühzeitige Behandlung eines chronisch Kranken seine Lebenserwartung eher verkürzt	3 2 1 0 1 2 3	eher verlängert.
50. Bei Erhebung der Anamnese spreche ich fast immer	3 2 1 0 1 2 3	nur selten mit Angehörigen des Patienten.
51. Ich glaube, daß Patienten es eher als ärztliche Sorge	3 2 1 0 1 2 3	eher als unangebrachte Einmischung empfinden, wenn sich der Arzt nach ihrem Wohnumfeld erkundigt.
52. Ich schreibe (telefoniere) manchmal	3 2 1 0 1 2 3	nie an Industriebetriebe oder andere Unternehmen, um krankheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu bemängeln, die mir durch Patienten bekannt geworden sind.
53. Ich glaube, das Verhalten der Angehörigen ist für die Gesundung des Patienten eher von großer	3 2 1 0 1 2 3	eher von geringer Bedeutung.
54. Fragen an den Patienten nach Schwierigkeiten in seiner Kindheit halte ich eher für angebracht	3 2 1 0 1 2 3	eher für unangebracht.
55. Ich glaube, der Arzt sollte die Angehörigen des Patienten nicht	3 2 1 0 1 2 3	durchaus in seinen Therapieplan mit einbeziehen.

56. In welchem Ausmaß spielen Ihrer Meinung nach psychische und soziale Probleme bei den Krankheitsbildern folgender Fachrichtungen eine Rolle?

(Bitte ankreuzen: 1=gering; 5=groß)

Dermatologie	1 2 3 4 5	Psychiatrie	1 2 3 4 5	Neurologie	1 2 3 4 5
Innere Medizin	1 2 3 4 5	Chirurgie	1 2 3 4 5	Halb-Nasen-Ohren	
Ophthalmologie	1 2 3 4 5	Neurochirurgie	1 2 3 4 5	Heilkunde	1 2 3 4 5
Pädiatrie	1 2 3 4 5	Urologie	1 2 3 4 5	Röntgen-und Strahl-	
Gynäkologie	1 2 3 4 5	Orthopädie	1 2 3 4 5	lenheilkunde	1 2 3 4 5
Allgemeinmedizin	1 2 3 4 5				

57. Ich überweise im Jahr

- o keinen
- o 1 - 3
- o 4 - 6
- o 7 oder mehr

Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung.

Zum Schluß möchten wir Sie bitten, noch einige Angaben zur Person zu machen, die wir aus statistischen Gründen benötigen.

1. Alter

2. Geschlecht ☐ männlich

☐ weiblich

3. Ich bin ☐ Medizinalpraktikant

☐ noch in der Fachausbildung

☐ Facharzt für

☐ Innere Medizin

☐ Chirurgie

☐ Neurochirurgie

☐ Urologie

☐ Orthopädie

☐ Gynäkologie

☐ Ophthalmologie

☐ Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

☐ Psychiatrie-Neurologie

☐ Anästhesie

☐ Röntgen- und Strahlenheilkunde

☐ Pädiatrie

☐ Dermatologie

4. Ich bin tätig als

☐ Assistenzarzt

☐ Stationsarzt

☐ Oberarzt

☐ Chefarzt

5. Ich arbeite

☐ auf Station

☐ in der Poliklinik

Schema des Fragenpools

Das folgende Schema gibt den gesamten Fragenpool sowohl für Studenten als auch für Ärzte wieder.

Itemnummern des Studentenfragebogens stehen jeweils in der oberen Hälfte der Rechtecke, die des Ärztefragebogens in der unteren.

Der Inhalt eines Items wird durch zwei Bereiche bestimmt: ein Bereich aus den Dimensionen des Patienten - aufgetragen von oben nach unten -, der andere aus den Dimensionen der Studenten bzw. Arztes - aufgetragen von links nach rechts.

Dimensionen des Studenten, Arzt- men- tionen des Pati- enten	Rehabili- tation, Krankheits- verlauf, Pa- thogenese	Diag- nostik	Thera- pie	Empfin- den des Studen- ten, Arz- tes	studentische, ärztliche Meinung zum Empfinden des Pati- enten
Kind- heit		1	28	43	37
		5,38 ⁺	36	54	48
Sexuali- tät		30	14	9	2
	35 ⁺	39	19	13 ⁺	6
Fami- lie	22,26,36,42	7	44		
	29,33,47,53	11,50 ⁺	55		
Arbeits- platz	3,10	15	32	29	23
	7,14,25 ⁺	20,17 ⁺	42	37 ⁺	30
Krank- heit	4,19,27		11,16,20	34	31
	8,24,34,52 ⁺	32 ⁺	15,21,26, 23 ⁺ ,28 ⁺	44 ⁺	40
Alter	5,38	35	12	24	39
	9,49	46	16,41 ⁺	31 ⁺	51

zusätzliche Fragen im Studentenfragebogen: 6,8,13,17,18,21,25,33,40,
41 und 45

zusätzliche Fragen im Ärztefragebogen: 1⁺,2⁺,3⁺,4⁺,10,12⁺,18,22,27,43⁺
45⁺,56 und 57⁺

⁺Realitätsfragen im Ärztefragebogen

Zusammensetzung der Stichprobe bei den Ärzten

Die Stichprobe bei den Ärzten zeigt im einzelnen folgende Zusammensetzung:

- Medizinische Klinik und Poliklinik	20
- Chirurgie mit Urologie	12
- Neurochirurgie	4
- Orthopädie	4
- Frauenklinik	5
- Augenklinik	5
- Hautklinik	5
- Kinderklinik	6
- Hals-Nasen-Ohren-Klinik	3
- Neurologische Klinik	6
- Neuropsychiatrische Klinik	6
- "Röntgen"-Klinik	5
- Anästhesiologie	4
- Medizinalassistenten	10
	95
	=====

Vergleichstabelle der Nummern der identischen Items
im Studenten- und Ärztefragebogen

In der folgenden Tabelle sind die Nummern der identischen Items jeweils nebeneinander aufgeführt. Links stehen die Nummern aus dem Studentenfragebogen, rechts die aus dem Ärztefragebogen.

Studenten	Ärzte	Studenten	Ärzte	Studenten	Ärzte
-	1	15	20	30	39
-	2	16	21	31	40
-	3	17	22	-	41
-	4	18	-	32	42
1	5	-	23	33	-
2	6	19	24	-	43
3	7	-	25	34	44
4	8	20	26	-	45
5	9	21	27	35	46
6	10	-	28	36	47
7	11	22	29	37	48
8	-	23	30	38	49
-	12	24	31	-	50
9	13	25	-	39	51
10	14	-	32	40	-
11	15	26	33	-	52
12	16	27	34	41	-
13	-	-	35	42	53
-	17	28	36	43	54
-	18	29	37	44	55
14	19	-	38	45	56
				-	57

Mittelwerte und Varianzen

vorklinische Studenten (n=125)

<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>	<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>
1	5,864	2,538	26	2,880	2,026
2	4,928	3,084	27	2,360	2,361
3	1,688	1,216	28	2,312	2,587
4	4,200	3,452	29	5,560	2,361
5	1,744	1,499	30	2,728	2,651
6	6,136	3,102	31	1,592	7,112
7	2,080	2,252	32	3,424	4,311
8	4,656	3,582	33	3,808	3,931
9	2,168	2,835	34	2,936	2,883
10	3,992	3,492	35	1,680	1,300
11	1,776	1,611	36	3,288	2,384
12	3,368	3,864	37	4,216	3,993
13	1,464	1,154	38	3,672	2,755
14	1,992	1,573	39	4,096	2,959
15	2,104	2,239	40	2,720	1,893
16	5,280	2,574	42	1,704	7,907
17	3,408	3,244	43	1,840	1,168
18	3,046	3,523	44	4,792	3,489
19	6,000	1,855			
20	2,344	2,921			
21	5,360	2,023			
22	1,568	1,393			
23	3,416	2,826			
24	6,144	1,673			
25	5,696	3,197			

Klinische Studenten (n=51)

<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>	<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>
1	4,902	2,324	27	2,836	2,806
2	5,115	2,037	28	2,918	2,477
3	2,033	1,932	29	4,656	2,196
4	4,590	2,546	30	3,148	2,395
5	1,902	1,090	31	1,885	7,033
6	5,557	3,151	32	2,738	3,530
7	1,787	8,372	33	4,148	3,261
8	4,902	4,324	34	2,934	1,962
9	2,836	2,039	35	1,787	5,372
10	4,115	2,937	36	3,738	2,897
11	1,836	1,439	37	4,131	3,483
12	2,885	3,503	38	3,492	1,854
13	1,934	1,029	39	3,607	2,276
14	2,475	1,720	40	2,902	3,024
15	2,016	1,016	42	1,754	4,552
16	5,820	1,050	43	2,393	8,760
17	3,377	2,906	44	5,246	2,589
18	3,984	3,083			
19	5,656	1,596			
20	3,180	3,650			
21	5,377	1,306			
22	1,771	8,798			
23	3,656	1,896			
24	5,951	1,348			
25	5,557	2,718			
26	3,230	2,718			

Ärzte (insgesamt) (n=73)

Item-Nr.	Mittelwert	Varianz
1	4,247	4,966
2	4,082	3,827
3	4,890	3,932
4	4,918	1,993
5	4,671	3,668
6	4,178	4,065
7	1,836	1,362
8	4,233	4,015
9	1,589	9,121
10	5,753	2,522
11	2,041	2,762
12	2,082	3,160
13	2,493	2,615
14	3,014	3,653
15	1,480	9,753
16	2,192	2,546
17	2,890	3,627
18	3,534	4,475
19	3,466	3,197
20	2,315	2,691
21	4,466	3,363
22	3,658	2,867
23	2,767	2,403
24	5,630	1,931
25	3,507	4,198
26	2,397	4,215
27	5,616	2,156
28	5,932	1,981

Item-Nr.	Mittelwert	Varianz
29	1,630	9,863
30	4,671	2,474
31	5,740	2,306
32	1,699	1,102
33	2,918	2,799
34	3,493	3,726
35	3,370	4,653
36	2,343	2,117
37	4,863	3,370
38	4,534	4,447
39	3,836	3,334
40	1,425	5,811
41	2,740	3,306
42	1,877	1,999
43	3,986	4,319
44	3,959	4,123
45	6,575	1,553
46	1,658	1,228
47	3,712	2,047
48	4,164	3,362
49	3,575	2,942
50	3,343	4,701
51	3,027	2,499
52	4,795	4,304
53	1,562	4,441
54	2,521	2,531
55	5,370	3,375

Internisten (n=16)

<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>	<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>
1	4,250	6,867	29	1,563	1,063
2	3,875	4,117	30	4,250	2,867
3	5,063	3,529	31	6,313	1,163
4	5,063	1,663	32	1,375	0,517
5	4,625	2,517	33	3,438	2,663
6	3,938	4,863	34	3,563	3,863
7	1,375	0,517	35	3,250	3,400
8	5,000	3,467	36	2,375	1,450
9	1,375	0,383	37	4,938	3,929
10	6,063	1,396	38	4,750	2,200
11	1,625	1,983	39	3,813	2,296
12	1,938	2,863	40	1,375	0,650
13	1,813	1,229	41	2,938	4,063
14	2,875	3,850	42	1,813	0,696
15	1,500	0,800	43	4,063	5,396
16	2,000	1,067	44	3,938	4,996
17	2,625	3,317	45	6,063	3,796
18	3,375	5,317	46	1,250	0,200
19	3,750	2,867	47	3,625	1,450
20	2,063	2,463	48	5,000	3,067
21	5,250	2,467	49	3,313	2,896
22	3,625	3,317	50	3,000	5,600
23	2,938	2,596	51	2,438	1,196
24	6,375	0,650	52	4,813	3,496
25	3,313	2,896	53	1,375	0,250
26	2,188	4,429	54	2,750	2,467
27	5,375	2,783	55	5,625	2,917
28	6,250	1,133			

Chirurgen (n=13)

Item-Nr.	Mittelwert	Varianz
1	4,154	6,308
2	4,077	3,244
3	5,385	4,423
4	5,308	2,064
5	4,308	3,731
6	5,000	3,667
7	2,462	3,436
8	4,231	2,692
9	2,077	2,744
10	5,077	4,744
11	2,615	3,756
12	1,615	0,590
13	3,308	3,064
14	2,385	4,256
15	1,385	0,256
16	2,308	3,564
17	3,462	4,936
18	4,154	3,641
19	4,308	4,064
20	2,462	3,936
21	3,077	4,577
22	3,692	3,397
23	2,615	2,590
24	5,231	1,692
25	2,846	4,974
26	2,692	4,397
27	5,385	2,923
28	6,385	2,756

Item-Nr.	Mittelwert	Varianz
29	1,615	0,923
30	4,846	1,974
31	5,077	2,244
32	1,615	0,423
33	3,385	4,256
34	3,692	4,397
35	2,923	5,910
36	2,923	3,244
37	4,539	4,603
38	6,000	2,833
39	4,846	4,974
40	1,462	0,436
41	2,385	2,590
42	2,154	3,974
43	4,539	4,103
44	4,462	4,769
45	7,000	0,000
46	2,154	2,641
47	4,385	2,590
48	3,769	3,526
49	3,692	3,397
50	4,231	5,359
51	3,539	3,269
52	4,769	5,526
53	1,769	0,526
54	3,615	4,423
55	4,692	3,897

Psychiater/Neurologen (n=10)

<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>	<u>Item-Nr.</u>	<u>Mittelwert</u>	<u>Varianz</u>
1	3,200	4,400	29	1,700	1,567
2	5,100	3,878	30	5,100	1,878
3	4,900	4,322	31	6,700	0,456
4	5,600	1,156	32	1,300	0,456
5	6,100	2,544	33	2,000	0,667
6	3,000	2,000	34	3,700	3,789
7	2,200	1,067	35	4,600	3,600
8	5,100	4,767	36	1,900	0,544
9	1,700	0,456	37	6,000	2,444
10	5,800	2,622	38	2,300	3,344
11	1,900	2,544	39	2,800	2,178
12	2,200	1,956	40	1,300	0,456
13	1,900	0,989	41	2,300	2,233
14	3,000	2,222	42	1,900	3,656
15	1,300	0,456	43	2,500	2,944
16	1,700	2,456	44	3,800	1,511
17	2,200	2,622	45	6,800	0,178
18	2,000	2,000	46	1,400	0,489
19	3,400	3,822	47	3,100	2,544
20	2,200	2,622	48	3,400	1,822
21	4,100	2,767	49	4,200	0,622
22	3,800	2,844	50	2,300	3,122
23	3,600	2,044	51	2,300	0,678
24	5,800	3,733	52	4,000	4,222
25	4,300	4,678	53	1,700	0,678
26	1,900	3,656	54	1,400	0,711
27	5,800	0,622	55	5,200	5,511
28	6,300	0,678			

Ergebnisse der Varianzanalysen

- + $p \leq 0,05$ signifikant
- ++ $p \leq 0,01$ sehr signifikant
- +++ $p \leq 0,001$ hoch signifikant

1. Varianzanalyse: vorklinische Studenten-klinische Studenten-Ärzte

(n=125)

(n=61)

(n=73)

Item - Nr.*	F-Wert **	Item-Nr.	F-Wert
1	13,94 ⁺⁺⁺	27	10,39 ⁺⁺⁺
2	5,76 ⁺⁺	28	3,38 ⁺
3	1,70	29	8,02 ⁺⁺⁺
4	0,98	30	10,13 ⁺⁺⁺
5	0,44	31	0,52
6	2,65	32	15,94 ⁺⁺⁺
7	0,47	33	0,62
8	3,64 ⁺	34	9,10 ⁺⁺⁺
10	8,70 ⁺⁺⁺	35	0,19
11	0,68	36	2,42
12	9,35 ⁺⁺⁺	37	0,02
14	24,33 ⁺⁺⁺	38	0,25
15	0,77	39	9,93 ⁺⁺⁺
16	12,99 ⁺⁺⁺	42	0,10
17	0,56	43	3,83 ⁺
19	2,20	44	2,77
20	4,50 ⁺		
21	0,84		
22	0,14		
23	14,93 ⁺⁺⁺		
24	2,10		
26	1,08		

* Die Itemnummern entsprechen denen des Studentenfragebogens

** Signifikanzgrenzen siehe Literaturverzeichnis 21)

2. Varianzanalyse: Internisten - Chirurgen - Psychiater/Neurologen
(n=16) (n=13) (n=10)

<u>Item-Nr.</u>	<u>F-Wert</u>	<u>Item-Nr.</u>	<u>F-Wert</u>
1	0,63	29	0,04
2	1,31	30	1,09
3	0,18	31	6,53 ⁺⁺
4	0,53	32	0,69
5	3,45 ⁺	33	2,76
6	3,06	34	0,02
7	2,86	35	2,03
8	0,81	36	1,65
9	1,48	37	1,66
10	1,28	38	14,58 ⁺⁺⁺
11	1,33	39	3,78 ⁺
12	0,52	40	0,12
13	5,21 ⁺⁺	41	0,53
14	0,36	42	0,17
15	0,24	43	2,88
16	0,47	44	0,37
17	1,32	45	2,17
18	3,36 ⁺	46	2,91
19	0,70	47	2,30
20	0,19	48	3,27 ⁺
21	5,26 ⁺⁺	49	0,97
22	0,03	50	2,30
23	1,14	51	3,31 ⁺
24	2,66	52	0,54
25	1,51	53	1,41
26	0,45	54	5,19 ⁺⁺
27	0,28	55	0,80
28	0,04		

Ergebnisse der Faktorenanalysen

1. Rotierte Faktorenmatrix und Kommunalitäten - vorklinische Studenten

Variable	Faktor I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	η^2
1	0,716	-0,140	0,058	-0,172	-0,079	-0,004	0,099	0,058	0,584
2	0,003	0,093	0,272	-0,184	0,277	-0,015	-0,076	0,225	0,249
3	-0,163	-0,115	0,230	-0,164	0,201	-0,116	-0,065	0,415	0,350
4	0,336	0,182	0,539	-0,185	0,100	0,197	0,077	-0,033	0,526
5	0,035	0,254	0,061	-0,112	-0,154	-0,288	-0,277	0,149	0,288
6	0,709	-0,023	-0,019	0,092	0,020	0,009	-0,130	0,072	0,534
7	0,004	0,330	-0,381	-0,049	0,270	-0,044	-0,071	-0,013	0,336
8	-0,082	0,046	0,057	0,005	0,198	-0,680	0,037	-0,021	0,516
9	0,003	0,277	0,105	0,398	0,243	-0,042	-0,144	-0,005	0,328
10	-0,011	0,055	0,446	0,060	-0,240	-0,034	0,084	-0,089	0,279
11	-0,469	0,359	0,105	-0,291	0,091	0,087	-0,177	-0,140	0,511
12	-0,063	0,007	-0,144	-0,142	0,071	0,154	-0,094	0,449	0,284
13	-0,052	-0,122	0,032	0,073	0,019	0,006	0,310	0,506	0,376
14	0,002	0,109	-0,081	0,105	0,598	-0,087	-0,012	0,058	0,398
15	0,159	0,330	-0,076	0,127	0,139	0,066	-0,111	0,522	0,464
16	0,155	0,061	-0,058	-0,020	-0,136	-0,030	0,695	-0,045	0,535
17	0,073	0,630	0,069	-0,023	-0,015	0,118	0,033	0,160	0,448
18	-0,516	0,081	-0,239	0,087	0,529	0,167	0,215	-0,067	0,696
19	0,462	-0,079	0,092	-0,131	-0,097	0,459	0,012	0,142	0,486
20	-0,165	-0,017	-0,240	-0,056	0,347	-0,122	0,363	0,234	0,410
21	0,478	0,261	0,227	-0,007	-0,078	0,076	-0,366	-0,171	0,522

Variable	Faktor I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	h^2
22	-0,132	-0,169	-0,238	-0,104	0,435	-0,116	-0,160	0,229	0,394
23	-0,001	-0,392	0,180	0,048	-0,031	0,156	-0,317	-0,189	0,350
24	0,079	-0,552	0,164	0,031	-0,091	0,209	0,047	0,164	0,419
25	0,047	0,001	-0,035	0,139	0,344	0,141	0,242	-0,023	0,221
26	0,225	0,186	-0,126	-0,131	-0,088	-0,460	-0,018	0,129	0,355
27	-0,455	-0,046	0,176	-0,113	0,034	-0,035	-0,160	0,174	0,311
28	-0,174	0,292	-0,210	0,280	-0,205	-0,008	-0,383	0,329	0,535
29	0,477	-0,431	0,071	-0,157	-0,068	0,028	0,066	-0,183	0,485
30	-0,176	0,195	-0,077	0,090	0,663	0,041	-0,035	0,089	0,533
31	-0,119	0,392	0,179	-0,249	0,400	-0,210	-0,042	-0,077	0,474
32	-0,094	-0,060	-0,420	-0,146	0,199	-0,197	0,246	0,064	0,353
33	-0,314	-0,015	0,016	-0,133	0,537	-0,380	0,012	-0,026	0,550
34	-0,039	-0,123	0,062	0,274	-0,097	-0,389	0,025	-0,043	0,259
35	-0,266	0,473	0,085	-0,119	0,081	-0,041	0,092	-0,043	0,334
36	-0,061	0,015	-0,561	-0,070	0,004	0,085	0,044	0,043	0,335
37	-0,053	0,045	0,029	-0,633	-0,114	0,080	-0,011	0,078	0,431
38	-0,112	-0,101	0,452	0,025	0,002	-0,030	-0,101	0,048	0,241
39	0,079	0,233	-0,235	-0,738	0,076	-0,147	-0,007	0,058	0,692
40	-0,289	0,267	0,055	0,016	0,188	0,089	0,382	0,253	0,412
42	0,023	0,172	-0,020	-0,154	-0,099	-0,295	0,166	0,482	0,411
43	-0,496	0,027	0,007	-0,335	0,358	-0,020	-0,175	0,209	0,562
44	0,478	0,007	0,243	-0,031	-0,212	0,066	-0,032	-0,317	0,439

2. Rotierte Faktorenmatrix und Kommunalitäten - klinische Studenten

Variable	Faktor I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	h^2
1	-0,033	0,030	0,105	-0,062	-0,193	0,050	-0,076	0,713	0,570
2	0,082	0,161	-0,527	0,172	-0,363	0,295	-0,106	0,276	0,645
3	0,061	0,052	0,523	-0,286	0,044	0,234	0,122	0,132	0,450
4	-0,103	-0,254	-0,112	-0,551	-0,126	0,080	0,287	0,193	0,533
5	0,222	-0,116	-0,005	-0,324	0,603	-0,035	-0,206	-0,184	0,609
6	0,074	-0,203	-0,302	-0,632	0,008	-0,182	0,057	0,082	0,581
7	-0,262	0,142	0,197	-0,329	0,102	0,312	0,044	-0,460	0,557
8	-0,181	0,702	0,026	-0,058	-0,108	-0,040	-0,053	-0,021	0,546
9	-0,359	0,423	0,139	-0,060	0,036	-0,106	-0,085	-0,053	0,353
10	-0,086	0,314	-0,453	-0,154	-0,251	-0,101	-0,187	-0,047	0,445
11	0,062	0,030	0,068	-0,494	0,093	0,102	-0,250	-0,093	0,343
12	-0,298	0,002	0,116	-0,517	0,049	0,176	-0,382	-0,090	0,557
13	0,019	0,330	0,180	-0,359	-0,056	0,062	-0,082	-0,103	0,295
14	-0,756	0,084	0,079	0,025	-0,029	0,008	-0,098	-0,111	0,608
15	-0,213	-0,433	0,309	-0,237	0,025	0,034	-0,198	-0,035	0,427
16	-0,052	-0,122	0,025	0,503	-0,012	-0,019	0,096	0,016	0,282
17	0,058	-0,317	-0,057	-0,198	-0,194	0,471	-0,073	-0,119	0,425
18	0,033	0,280	0,056	-0,113	-0,177	0,629	-0,050	-0,306	0,618
19	0,137	-0,074	-0,702	0,054	-0,060	0,107	0,169	-0,097	0,573
20	-0,203	0,090	0,052	-0,180	0,073	0,687	-0,056	-0,094	0,573
21	-0,340	0,022	-0,328	-0,056	-0,061	-0,069	0,339	0,016	0,351

Variable	Faktor I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	h^2
22	-0,201	-0,101	0,475	0,168	-0,231	-0,361	-0,292	-0,141	0,594
23	0,464	-0,138	0,004	-0,157	0,058	-0,249	0,127	0,031	0,341
24	0,049	-0,049	-0,457	-0,151	0,064	-0,089	0,129	0,087	0,273
25	-0,109	0,555	0,048	0,037	0,229	0,336	0,089	0,065	0,501
26	-0,133	0,118	-0,083	-0,157	0,068	0,366	-0,520	0,233	0,527
27	-0,391	0,019	0,003	-0,502	-0,093	0,130	0,143	-0,042	0,453
28	-0,726	-0,057	-0,025	-0,105	0,080	0,140	0,008	-0,078	0,574
29	-0,063	-0,314	-0,290	0,109	0,597	-0,040	0,250	0,182	0,652
30	-0,356	-0,014	0,178	-0,111	0,176	0,088	0,091	-0,534	0,303
31	-0,433	0,158	0,161	-0,097	0,013	-0,138	-0,636	-0,027	0,673
32	-0,071	-0,082	-0,062	0,042	0,040	0,118	-0,559	-0,062	0,349
33	0,047	0,621	-0,126	0,070	-0,021	0,198	-0,189	-0,086	0,492
34	-0,039	0,202	-0,028	-0,023	0,667	-0,162	-0,079	-0,082	0,528
35	0,106	0,133	0,161	-0,330	-0,095	-0,017	-0,649	-0,211	0,638
36	0,225	0,334	0,073	0,195	0,283	0,375	-0,434	0,282	0,694
37	-0,030	-0,531	-0,207	0,280	-0,123	0,342	-0,204	-0,246	0,638
38	0,041	-0,023	-0,068	-0,087	-0,531	-0,194	0,024	-0,008	0,335
39	-0,276	-0,100	0,103	0,110	0,109	0,627	-0,136	0,068	0,537
40	-0,335	0,044	0,065	0,204	-0,008	0,218	-0,137	-0,403	0,390
42	0,074	0,253	0,078	-0,204	-0,210	-0,015	-0,245	-0,602	0,584
43	-0,237	-0,199	0,117	0,071	-0,180	0,144	-0,245	-0,575	0,559
44	-0,038	-0,090	-0,675	-0,059	0,277	-0,068	-0,111	0,262	0,631

3. Rotierte Faktorenmatrix und Kommunalitäten - Ärzte (insgesamt)

Variable	Faktor I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	h^2
1	0,003	0,055	-0,586	-0,227	0,043	0,025	-0,014	-0,068	0,405
2	-0,331	-0,135	-0,038	0,134	-0,045	0,123	-0,089	0,068	0,177
3	-0,117	0,003	-0,242	-0,479	-0,152	-0,181	-0,393	-0,162	0,539
4	-0,342	-0,017	0,209	-0,198	-0,248	-0,142	-0,504	-0,016	0,536
5	-0,453	-0,146	-0,287	0,032	-0,157	0,453	-0,123	-0,151	0,578
6	0,771	-0,055	-0,083	-0,101	-0,020	0,040	0,144	0,030	0,638
7	0,167	0,084	0,130	0,318	-0,198	-0,277	0,237	-0,261	0,393
8	-0,021	-0,594	-0,024	-0,074	-0,020	0,155	-0,169	-0,111	0,425
9	-0,254	-0,107	0,423	0,131	0,453	-0,355	0,234	0,048	0,660
10	-0,202	-0,136	-0,592	0,187	-0,029	0,184	-0,042	-0,037	0,482
11	0,303	0,031	0,311	0,045	0,047	-0,601	-0,071	0,196	0,598
12	0,024	0,642	0,052	-0,283	0,052	0,133	-0,016	0,017	0,516
13	0,638	0,093	0,095	0,158	0,179	-0,132	0,041	-0,131	0,518
14	-0,188	0,007	-0,453	-0,145	-0,155	-0,100	-0,114	0,373	0,448
15	0,016	0,007	-0,128	-0,638	-0,031	-0,031	-0,082	0,005	0,432
16	0,136	0,599	-0,038	-0,057	0,003	-0,237	-0,153	-0,175	0,493
17	0,567	-0,033	0,036	-0,007	0,140	-0,285	-0,046	-0,184	0,461
18	0,474	0,099	0,500	-0,155	-0,023	-0,052	-0,054	0,030	0,516
19	0,359	-0,007	0,613	-0,128	0,159	-0,210	-0,099	0,015	0,601

Variable	Faktor I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	h^2
20	0,416	0,174	-0,102	0,200	0,069	-0,390	-0,119	-0,369	0,560
21	-0,244	0,211	-0,131	0,410	0,273	-0,044	-0,195	0,142	0,424
22	-0,119	0,165	-0,186	-0,381	-0,051	-0,530	0,035	-0,252	0,569
23	-0,008	0,156	-0,037	-0,093	0,127	0,123	-0,635	0,041	0,470
24	0,100	-0,348	-0,158	0,455	-0,217	0,137	-0,402	0,061	0,594
25	0,187	0,004	0,034	-0,097	-0,007	-0,020	-0,006	-0,488	0,284
26	0,390	0,483	0,379	0,209	-0,091	-0,077	-0,211	-0,141	0,651
27	0,031	-0,269	-0,218	0,142	-0,082	0,078	-0,066	0,480	0,389
28	0,190	0,093	-0,046	-0,151	-0,617	-0,114	-0,050	0,014	0,466
29	0,206	0,076	0,301	-0,028	-0,015	-0,592	-0,133	0,067	0,512
30	-0,364	-0,118	-0,078	0,009	-0,392	0,405	0,128	-0,165	0,513
31	-0,428	-0,366	0,062	-0,136	-0,539	0,282	-0,124	-0,011	0,724
32	0,065	0,735	0,011	0,058	0,062	0,042	-0,067	-0,188	0,594
33	0,210	-0,060	0,092	0,023	-0,019	-0,192	0,018	0,608	0,464
34	0,208	0,022	0,158	-0,443	0,105	0,003	0,045	-0,048	0,281
35	-0,676	-0,247	-0,186	-0,107	0,169	-0,014	-0,005	-0,164	0,620
36	0,030	0,219	-0,028	-0,067	0,544	-0,141	-0,055	-0,288	0,456
37	-0,271	-0,113	0,038	0,200	-0,280	0,586	-0,225	0,066	0,604
38	0,588	0,023	0,089	-0,234	-0,063	-0,098	-0,135	-0,055	0,443

Variable	Faktor I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	h^2
39	0,673	-0,023	0,161	-0,101	-0,172	-0,168	0,029	-0,024	0,549
40	0,117	0,119	-0,016	0,023	-0,059	-0,763	0,018	-0,006	0,616
41	0,072	0,519	0,132	-0,155	-0,021	-0,281	-0,007	-0,190	0,431
42	0,317	0,011	0,090	-0,428	0,087	-0,269	-0,086	-0,012	0,379
43	0,011	0,211	0,190	-0,108	0,083	-0,322	0,404	-0,038	0,368
44	-0,206	0,216	0,167	0,265	-0,558	-0,282	0,130	-0,122	0,610
45	0,258	0,149	0,225	-0,182	-0,101	0,009	0,176	0,260	0,281
46	0,069	0,128	0,289	-0,265	0,598	-0,198	-0,024	-0,096	0,582
47	0,026	0,384	0,386	-0,285	-0,195	-0,001	0,243	0,479	0,704
48	0,260	0,037	-0,063	-0,143	-0,081	-0,365	0,135	0,193	0,288
49	-0,061	-0,463	0,287	-0,210	-0,057	0,190	0,121	-0,176	0,429
50	0,240	0,256	0,267	-0,343	0,169	-0,069	-0,027	-0,148	0,368
51	0,434	0,178	-0,420	0,000	0,139	-0,432	0,261	-0,023	0,671
52	0,306	0,253	-0,160	-0,263	0,045	0,070	0,263	-0,466	0,546
53	0,175	0,335	0,189	0,067	0,104	-0,197	-0,431	-0,029	0,419
54	0,639	0,072	0,235	-0,143	0,054	-0,391	-0,061	0,073	0,654
55	0,013	-0,077	-0,279	0,047	-0,257	-0,051	-0,029	0,186	0,190

ROLF-WERNER LIPPMANN

Am 1.6.1945 wurde ich als erstes Kind des Markscheiders Dr. Wilhelm Lippmann und seiner Frau Kläre, geb. Irle, in Essen geboren.

Von 1951 - 1955 besuchte ich die Volksschule in Bochum-Hövel, im Anschluß daran das humanistische altsprachliche Gymnasium in Hamm. Dort bestand ich 1965 die Reifeprüfung.

Nach einem Jahr Bundeswehr begann ich im Sommersemester 1966 das Medizinstudium in Gießen. Im Wintersemester 1971/72 legte ich hier das medizinische Staatsexamen ab.

KLAUS MÖHLEN

Am 15.1.1945 wurde ich als Sohn des Ludwig Möhlen und seiner Ehefrau Hildegard, geb. Marx, in Düsseldorf geboren.

Von 1951 bis 1955 besuchte ich die Volksschule zuerst in Hartenrod im Kreis Biedenkopf später in Gießen. Nach neunjähriger Ausbildung auf der Herderschule in Gießen legte ich dort 1964 die Reifeprüfung ab. Das folgende halbe Jahr verbrachte ich in Kanada und arbeitete dort als Holzvermesser. Von Herbst 1964 bis Herbst 1966 war ich als Sanitäter bei der Deutschen Bundeswehr.

Im Wintersemester 1966/67 begann ich an der Universität Gießen das Medizinstudium. Hier bestand ich 1969 die ärztliche Vorprüfung. Nach einem Semester an der Universität Zürich setzte ich das klinische Studium an der Universität Gießen fort. Im Sommersemester 1972 legte ich das medizinische Staatsexamen ab.

